



Instituto de Diagnóstico
Endoscópico Balcarce

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA (VCC)

Yo, (Nombre y Apellido.....), declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado/a en términos fácilmente comprensibles, por el Drsobre la naturaleza y propósito de la práctica.

La VCC es un procedimiento que permite examinar la parte baja del aparato digestivo llamada intestino grueso o colon. Se utiliza un tubo delgado y flexible llamado colonoscopio, que posee un lente propia y cámara de televisión que permite la captura de imágenes y en casos seleccionados grabar. El endoscopio es colocado por el ano hasta el ciego logrando la visualización directa de la superficie interna (mucosa), permitiendo la toma de muestras de tejido (biopsias), así como realizar diferentes tratamientos (resección de pólipos, coagulación de lesiones sangrantes, dilatación de estrecheces).

El día anterior al estudio deberá prepararse adecuadamente (ver instructivo adjunto). Sin una correcta limpieza del intestino es imposible efectuar un procedimiento de calidad, ya que, para tener una buena visión, el colon debe estar completamente limpio y libre de materia fecal. Asimismo, en un 5% de los casos y a pesar de tener una patología no se logra su diagnóstico, ya sea por preparación insuficiente y/o ubicación en áreas de difícil acceso/evaluación.

Se me ha entregado información escrita (folleto) que explica el propósito, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento, en términos que yo he comprendido. Se me ha dado tiempo suficiente para leer dicha información y se me han brindado las respuestas a todas las preguntas que formulé.

También me han comunicado que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse eventos adversos y/o secuelas, siendo la más frecuente, sangrado del sitio de la biopsia o sitio de extracción de un pólipo, generalmente, este es mínimo y habitualmente se resuelven con tratamiento médico, mientras que la perforación o laceración del colon puede requerir de cirugía reparadora, siendo estas muy infrecuentes. Asimismo, tengo presente que podrían aparecer algunos signos de alarma tales como fiebre-escalofríos y/o dolor abdominal. El índice de complicaciones descripto es de 0.3% y asciende hasta un 2.3% si se realizan procedimientos terapéuticos.

Se me han explicado los procedimientos alternativos y sus riesgos, sus beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto. Dichas alternativas son un estudio tomográfico llamado "colonoscopia virtual" y un estudio radiológico contrastado denominado Colon por enema, los cuales, si bien no requieren anestesia general, no ofrecerán la misma precisión que la VCC para detección de lesiones (pólipos pequeños, estadios iniciales de tumores, Enfermedad Inflamatoria del Intestino). Además, no permiten la toma de biopsias ni realizar procedimientos terapéuticos.

Por último, he sido informado/a acerca de las consecuencias, ciertas o previsibles, de la NO realización del procedimiento propuesto o de su alternativa, que dejarían libradas las lesiones a su natural evolución.

Autorizo, además al Dr. a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estime conveniente en toda situación de emergencia que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los fármacos necesarios y de anestesia y de transfusiones de sangre/derivados.

Asimismo, autorizo a que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo durante el acto médico.

El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico/terapéutico esperado.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que pueden obtenerse y consiento que se permita acceder a la información vinculada con mi Historia Clínica para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento, incluso partes pertinentes a mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan (Ley N 25.326 - Ley de Protección de Datos).

Autorizo al Dr. a la toma de biopsias durante el procedimiento para realizar estudios histopatológicos, comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico adecuado. Me comprometo a contactarme con el laboratorio de anatomía patológica para retirar el resultado de los estudios y entregárselos personalmente a mi médico tratante.

Asimismo, me comprometo a cooperar con el cuidado de la evolución posterior al procedimiento, así como a informar en forma inmediata al médico especialista sobre cualquier cambio en la evolución normal.

Entonces, habiendo recibido toda la información inherente al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones que me fueron dadas, dejando constancia que pude hacer preguntas y de que me fueron respondidas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudios señalados precedentemente.

En el momento en que suscribo el presente, dejo constancia de que puedo solicitar una copia de este consentimiento como así también de la información por escrito del procedimiento endoscópico al que voluntariamente me someto.

Balcarce,de.....de 20

Firma y aclaración del Médico operador

Firma y aclaración del paciente DNI: