



Instituto de Diagnóstico
Endoscópico Balcarce

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (VEDA)

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

La VEDA es un procedimiento que permite examinar la parte alta del aparato digestivo compuesto por el esófago, el estómago y el duodeno (primera y segunda porción). Se utiliza un tubo delgado y flexible llamado endoscopio, que posee una lente propia y cámara de televisión integrada a un circuito que permite la captura de imágenes y, en casos seleccionados, grabar. El endoscopio es colocado por la boca hasta el intestino delgado (duodeno) 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).

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 entre las posibilidades de eventos adversos y/o secuelas, se encuentran las siguientes: sangrado del sitio de la biopsia o sitio de extracción de un pólipo, generalmente, este es mínimo y no tiene consecuencias, mientras que la perforación o laceración del tracto digestivo puede requerir de cirugía reparadora, siendo éstas muy infrecuentes. Asimismo, tengo presente que podrían aparecer algunos signos de alarma tales como fiebre, dificultad/dolor al tragar y/o en la región toracoabdominal.

Se me ha explicado el procedimiento alternativo y sus riesgos, sus beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto. Dicha alternativa consiste en un estudio radiológico y contrastado llamado seriada esófago-gastro-duodenal, la cual, si bien no requiere anestesia general, no ofrecerá misma precisión que la VEDA para la detección de lesiones (úlceras, estadios iniciales de tumores). Además, no permite 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 anesthesiólogo, 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: