



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PANENDOSCOPIA ORAL (ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)

Nº HISTORIA ... **NHC: 2021015**
DON/DOÑA ... **ALVAREZ** de ... años de edad.
LORENZANA
MANUEL
CON DOMICILIO ... **NSS:36/ 671552 PENSION** y D.N.I. Nº ...
DUQUE DE RIVAS, 5 B
VILAGARCIA DE AROU
DON/DOÑA ... **Nac.- 31/10/24** de ... años de edad.
DNI- 009543539B
619-181842 986-507600
CON DOMICILIO EN ... y D.N.I. Nº ...
TIS-241031ALLO1013
(Domicilio del representante legal)

EN CALIDAD DE ... de ...
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

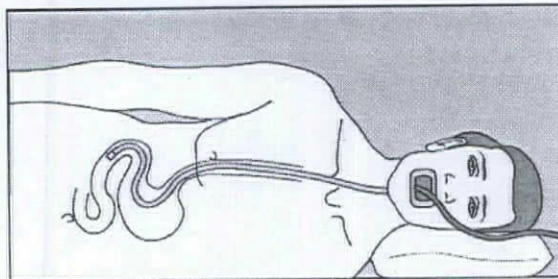
DECLARO:

QUE EL DOCTOR, **Juan Turnes Vázquez**
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **PANENDOSCOPIA ORAL (ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)**.

1.- La panendoscopia oral es una técnica endoscópica cuyo propósito es la visualización de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno) con la finalidad de poder diagnosticar diferentes enfermedades que afecten este trayecto. Se me ha explicado que es necesario no tomar ningún alimento (sólido o líquido) 6 horas antes de la endoscopia; pudiendo tomar agua y también los preparados para la realización de la colonoscopia (en el caso en que se me haga esta prueba junto con la panendoscopia oral) hasta 2 horas antes de la prueba. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar el paciente en ayunas.

2.- El procedimiento, en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación y/o la utilización de un anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. Siempre que usted quiera y si el médico cree que no hay contraindicación en su caso, se le administrará medicación sedante. Ésta le será pautada por un médico no anestesiólogo. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación (con riesgo, aunque muy improbable, de que ocurran complicaciones graves relacionada con ésta, incluso, de manera excepcional, el fallecimiento) y de la anestesia tópica.

3.- La prueba se realiza, habitualmente, con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un abrebocas), se visualiza la pared del esófago, estómago y duodeno. En el mismo acto pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su estudio o incluso reseca alguna lesión orgánica o realizar otras técnicas terapéuticas.



4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión y dolor abdominal, rotura de pieza dental, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis; o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. Si experimento algún síntoma de alarma después de la exploración, debo procurar asistencia médica.



5.- El médico me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (**infartos, valvulopatías, asma,...**), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, especialmente las que puedan alterar la coagulación (**aspirina, clopidogrel, acenocumarol u otras**), **enfermedades infecciosas como hepatitis** o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente.

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos.

7.- Se me ha informado de que tengo que acudir acompañado a realizar la exploración y que, en el caso de que se me administre sedación, no debo conducir ni realizar ninguna actividad peligrosa, incluso no tomar decisiones importantes en las 24 horas posteriores al procedimiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que **estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración**. Y en tales condiciones:

CONSENTIMIENTO

que se me realice una **PANENDOSCOPIA ORAL (Esofago-gastro-duodenoscopia)** y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o foto-coagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma. Asimismo consiento que se me administre sedación por un médico no anestesiólogo, en los casos que sean necesarios y siempre que yo lo autorice.

En Pontevedra, a. 16 de Agosto 2018

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

DON/DOÑA., de . . . años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

CON DOMICILIO EN, y D.N.I. Nº
(Domicilio del paciente)

DON/DOÑA., de . . . años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

CON DOMICILIO EN, y D.N.I. Nº
(Domicilio del representante legal)

EN CALIDAD DE, de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

En Pontevedra, a. de 2012

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado