



Osakidetza

**SAN ELOY OSPITALEA
HOSPITAL SAN ELOY**

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nº Historia Clínica:

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA C O L O N O S C O P I A

COLONOSCOPIA.

Es una exploración que permite ver el interior del colon (intestino grueso), e incluso los últimos centímetros del intestino delgado, introduciendo a través del ano un colonoscopio.

EL COLONOSCOPIO

Es un tubo flexible con un sistema óptico mediante el cual se ve el interior del intestino.

A través del colonoscopio se pueden introducir accesorios que nos permiten, si es necesario, realizar técnicas diagnósticas (toma de biopsias) o procedimientos terapéuticos (extirpación de pólipos, coagulación de lesiones sangrantes o extracción de cuerpos extraños).

RIESGOS DE COLONOSCOPIA

Las complicaciones son excepcionales, pero como cualquier procedimiento médico invasivo, no está exento de ellas, siendo más frecuentes en la colonoscopia terapéutica.

Complicaciones descritas son: dolor abdominal, hemorragia, perforación del colon y derivadas de la sedación.

Las complicaciones pueden ser graves en menos del 0,5% de los casos. La mayoría de las veces se resuelven durante la propia exploración, pero hay que saber, que en ocasiones, puede ser necesario tratamiento quirúrgico.

El riesgo es mayor en personas de edad avanzada y si hay enfermedades crónicas de base.

SEDACIÓN. Esta prueba se practica bajo sedación, que será aplicada por un médico Anestésista o Digestivo

La sedación consiste en la administración de fármacos por vía endovenosa, de forma individualizada según la tolerancia del paciente al procedimiento, su sensibilidad a los fármacos y su estado clínico, con la finalidad de proporcionar un estado relajado, confortable y sin dolor. Idealmente el paciente mantiene la consciencia durante el procedimiento con lo que se consigue su colaboración activa. En ocasiones bien sea por mala tolerancia o por la agresividad del procedimiento, es necesaria la inconsciencia del paciente con lo que se pasa a un grado más profundo de sedación.

Disminuye la ansiedad y el dolor, aumenta las posibilidades de finalizar con éxito el procedimiento o exploración.

La sedación implica un riesgo menor que justifica su uso generalizado, pero existe un mínimo riesgo de sufrir complicaciones graves y excepcionalmente mortales. La probabilidad de sufrir una complicación anestésica es del 1% y la mortalidad de causa exclusivamente anestésica es de 1 por cada 10.000 anestésias. Estas complicaciones son más frecuentes en pacientes de edad avanzada, pacientes obesos y/o con enfermedades preexistentes como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, pulmonares, etc.

Los principales riesgos incluyen: náuseas, vómitos, dificultad para orinar. Flebitis. Rotura o movilización de piezas dentarias. Dificultades respiratorias, depresión respiratoria. Reacciones adversas a fármacos. Reacciones alérgicas (aún sin antecedentes conocidos). Parada cardíaca imprevista con resultado de muerte, coma o daño cerebral irreversible.

DÍA DE LA EXPLORACIÓN

- Mantendrá el ayuno que consta en la Hoja de Preparación
- Se duchará la mañana de la exploración
- No utilizará cremas, cosméticos, ni esmalte de uñas.

- Se retirarán todos los objetos metálicos (cadenas, pendientes, alianzas,)
- Se recomienda acudir al Hospital acompañado
- TRAERÁ FIRMADO el consentimiento (situado debajo)

Si no puede acudir el día de la cita, llame al Hospital San Eloy al teléfono 944.00.67.00 (extensiones 5736 ó 5737), para que en su lugar podamos citar a otro paciente

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la prueba y/o procedimiento que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada actuación y de las alternativas a esta técnica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que se me asignará el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la actuación, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, doy mi **CONSENTIMIENTO** para que se me realice la prueba y/o procedimiento arriba descrito, así como para que durante el mismo, el/la facultativo tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la realización, el/la facultativo encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____ a _____ de _____ de _____,

Firma del paciente

Firma del médico (peticionario o realizador)

Fdo.: _____

Fdo.: _____

D/D^a _____ con D.N.I. nº _____
y en calidad de _____, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Firma del tutor o familiar

Fdo.: _____

Por la presente, **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del tutor o familiar

Fdo.: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Ley Orgánica para la Protección de Datos de Carácter Personal

OSAKIDETZA, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informa que los datos personales que Vd. aporta en este acto como consentimiento de la prueba y/o procedimiento arriba descrito, serán incluidos en el fichero GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS, cuya finalidad es la ASISTENCIA SANITARIA y su órgano responsable es la GERENCIA DEL HOSPITAL SAN ELOY. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Servicio de Atención al Paciente y Usuario (S.A.P.U) del Hospital San Eloy en la siguiente dirección: Avda. A. Miranda, 5 (48902 – Barakaldo).