CVADi
CENTRO VASCO DE APARATO DIGESTIVO

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DEL DIVERTICULO DE ZENKER
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/Doña. (el paciente):.....de.....años de edad, con domicilio en:.....y DNI:.....

Don/Doña. (*el representante legal)* :.....de..... años de edad, con domicilio en:.....y DNI:..... en calidad de ..... del paciente

MANIFIESTA

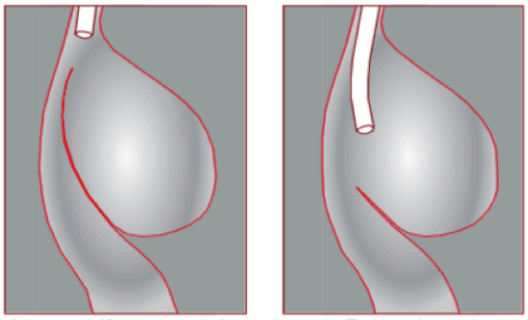
Primero.- Que le ha sido explicado en un lenguaje comprensible, exhaustivamente y de forma detallada por el Dr. _____, que es conveniente proceder, en mi situación, a la técnica de TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DEL DIVERTICULO DE ZENKER.

Segundo.- Es una técnica endoscópica que destruye el tabique que separa la luz esofágica de la del divertículo de Zenker (dilatación sacular de la pared de la unión faringo-esofágica), para facilitar el paso de los alimentos y secreciones a través de la porción alta del tubo digestivo.

Tercero.- El procedimiento se realiza siempre con indicación del médico especialista, puede hacer recomendable la sedación y frecuentemente la anestesia general con intubación. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación y de la anestesia general.

Cuarto.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo, se introduce el endoscopio con la ayuda de un abrebocas, a través de la cavidad oral hasta objetivar el divertículo de Zenker y la luz esofágica. En ocasiones se utiliza un sobretubo para facilitar la visualización del tabique que separa el divertículo de la luz esofágica y una sonda naso-gástrica para objetivar con facilidad en todo momento la luz del esófago. A continuación con la ayuda de un bisturí eléctrico se procede a cortar el tabique que separa el divertículo del esófago.

Quinto.-Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia, perforación, infección o sepsis, mediastinitis, aspiración bronquial, distensión y dolor abdominal, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis, o excepcionales como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular agudo), daños dentales y subluxación mandibular, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.



CVADi
CENTRO VASCO DE APARATO DIGESTIVO

Sexto.-El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar el paciente en ayunas. También 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 (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada .....) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como .....

Séptimo.-El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso resecar alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

AUTORIZACIÓN

Yo, D./Dña. _____, doy mi consentimiento y autorizo a que se me practique un **TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DEL DIVERTICULO DE ZENKER** 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.

En _____ , a _____ de _____ de 20_____

DECLARO: Que he sido informado por el médico, de las ventajas e inconvenientes del tratamiento propuesto y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas. En consecuencia, ***DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DEL DIVERTICULO DE ZENKER:*** Firma del paciente Nombre……D.N.I. ……	**DECLARO:** Que he proporcionado la información adecuada al paciente y he dado respuesta a las dudas planteadas. Firma del médico responsable Nombre …… Nº de Colegiado ……
REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente): D./Dña…… D.N.I. …… Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):…… Firma ……	
He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**	
Firma Paciente Informado D./Dña…… DNI……	Firma Representante Legal del Paciente D./Dña…… DNI……