CVADi
CENTRO VASCO DE APARATO DIGESTIVO

A RELLENAR POR EL MÉDICO PETICIONARIO

Exploración (marcar la prueba deseada):

Colonoscopia / Gastroscopia

Médico Solicitante:
Motivo de la exploración :

Lugar (marcar la clínica deseada):

Clínica Zorrotzaurre / Clínica V. Blanca

Cita: llamar al CENTRO VASCO DE APARATO DIGESTIVO (CVADi) Tfno.: **94 600 57 95** / **619 05 45 58** (**sólo si no tiene la cita**, si ya tiene cita no es necesario llamar), indicando si es **colonoscopia** o **colonoscopia + gastroscopia**.

Día:
Hora:

- Deberá llevar el colon limpio (si es colonoscopia).
- Consentimientos informados firmados.
- Acompañado por una persona.
- Volantes de su seguro médico canjeados.
- 4 horas antes de la prueba en ayunas (no tomará ni agua).
- Después de la exploración no podrá conducir ni beber alcohol.

CLÍNICA IMQ Zorrotzaurre KLINIKA CLÍNICA IMQ Virgen Blanca KLINIKA

Endoscopia Digestiva

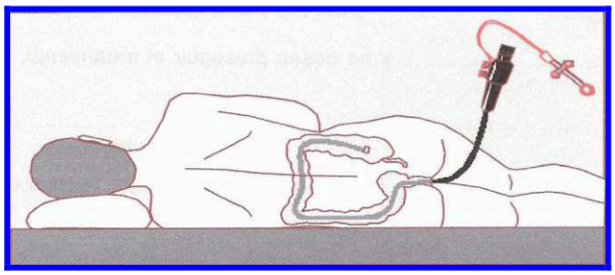
Izena /Nombre:……..
Abizena / 1º Apellido…….....
2º Abizena / 2º Apellido:……..
HKZ / Nº. H.C……Adina / Edad:……..
Zerbitzua…..…..……..…Data / Fecha……..……....

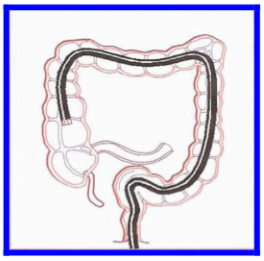
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA

Médico que le informa, Dr……..Nº Colegiado……..Fecha……/…/……

A. INFORMACIÓN SOBRE LA COLONOSCOPIA

- Es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon) y, en ocasiones, los últimos centímetros del íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas l9ocalizaciones.
- En ocasiones, si se detecta una lesiíon sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.
- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación.
- También debe ser informado sobre los posibles riesgos de la sedación.
- La exploración se realiza con el paciente habitualmente en decúbito, (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando la pared.
- Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas, se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico.





B. RIESGOS Y COMPLICACIONES DE SU REALIZACIÓN

- A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión y/o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.
- **Es necesario que Usted informe a su médico sobre**
  - Si padece alergias a medicamentos
  - Alteraciones de la coagulación
  - Enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma..)
  - Existencia de prótesis, marcapasos etc.
  - 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
- Algunas enfermedades, como la diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada etc, pueden aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.

C. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS

……
……
……
……
……
……

D. ALTERNATIVAS

- En el terreno diagnóstico, la alternativa es la exploración radiográfica mediante enema con contraste baritado o enema opaco. Éste puede detectar algunas lesiones pero no asegura la naturaleza benigna o maligna, ni aprecia lesiones superficiales o pequeñas.
- Por ello, la exploración radiográfica no siempre evita una colonoscopia posterior para resolver estas dudas.

  En cada caso de hemorragia, la detección de una lesión no asegura que ésta sea la causa del sangrado.
- La alternativa a la colonoscopia terapéutica es la cirugía, con un mayor riesgo

  .....

  .....

  .....
- Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto

ICONOGRAFÍA/ COMENTARIOS

E. DECLARO

- Que he sido informado de forma comprensible de la naturaleza, ventajas, inconvenientes y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Que he comprendido la información recibida, pudiendo formular todas las preguntas que he creído oportunas y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA COLONOSCOPIA

Fecha:…../…../….. **DNI** Paciente: **Firma paciente:**

DECLARO HE PROPORCIONADO LA INFORMACIÓN ADECUADA AL PACIENTE Y HE DADO RESPUESTA A SUS DUDAS

Fecha:…./…../…… **Nº Colegiado**: **Firma Médico**:

Representante legal (en caso de incapacidad del paciente)

D. / Dña……..Parentesco (madre, padre, hijo, tutor, etc)……...

Fecha:…./…./…. **DNI:** **Firma:**