



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

- 1.- Es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colón), y en ocasiones los últimos centímetros del terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrienta o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendación sobre la necesaria sedación. También me ha informado de los posibles riesgos de la sedación.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito supino( tendido boca-arriba) o lateral (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colón 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.



- 4.- Comprendo que 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 cardiaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo de riesgo de mortalidad.
- 5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc) pueden aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.
- 6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles tratamientos alternativos. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que nos ha atendido me ha permitido responder 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 del tratamiento. Y en tales condiciones

#### CONSIENTO

Que se me realice una COLONOSCOPIA con la analgesia/sedación que precise

NOMBRE: .....

FDO:

APELLIDOS: .....

DNI: .....

COMPAÑÍA .....

PÓLIZA .....