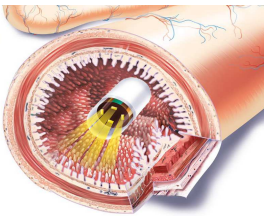
Clínica Mompía. Planta 1ª. Ala Norte
Avenida de Los Condes, s/n. 39108
942582410
administracion@unidigestiva.com

# CONSENTIMIENTO INFORMADO CÁPSULA ENDOSCÓPICA

**EN QUÉ CONSISTE**
El propósito principal de la técnica es, mediante la ingestión de una vídeo-cápsula endoscópica (del tamaño de una pastilla de vitaminas), obtener imágenes de la mucosa del **intestino delgado** con el objeto de diagnosticar posibles procesos que afecten a este tramo del tubo digestivo.
La cápsula se traga bajo control médico y, posteriormente, se expulsa con las heces, siendo necesaria su recuperación para posterior revisión de las imágenes. Normalmente se excreta entre 3 y 30 horas después de tragarla, aunque en algunos pacientes puede prolongarse más.
La vídeo-cápsula recoge y almacena imágenes dentro de su memoria mientras se mueve a través del tracto gastrointestinal, impulsada por los movimientos intestinales naturales. La grabación es ambulatoria. Durante el tiempo que tarde en expulsar la cápsula realizará una vida, actividad y movimientos normales, aunque deberá permanecer en ayunas.



**RIESGOS**
A pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables, como la detención de la cápsula en una estrechez del intestino, obstrucción, perforación, sangrado o herida en mucosa. La no excreción de la cápsula puede requerir intervención quirúrgica para recuperarla.
Otra complicación rara es la alergia a algún componente material de la cápsula, que puede requerir tratamiento médico.
Existen circunstancias personales, debido a la patología de base del paciente, ó a la enfermedad actual en el momento de la exploración, que determinen incremento de los riesgos.

**DEBE INFORMAR si tiene**: antecedentes, tratamientos y enfermedades, especialmente de antecedentes de cirugía abdominal (posibilidad de adherencias y estrecheces intestinales), alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales como los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.

D/Dña._____

**DECLARO**
El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son las pruebas radiológicas, la resonancia magnética, la enteroscopia (endoscopios más largos que los convencionales) y la exploración quirúrgica. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.
Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Y en tales condiciones.

**CONSIENTO**
que se me realice una **EXPLORACIÓN CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA.**

Fecha:_____

Firma paciente ó representante legal  Firma médico