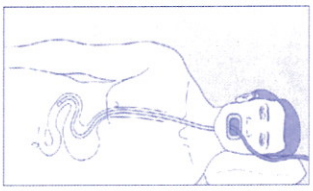
Unidad de Patología Digestiva

Clínica Mompía, 1ª planta, ala norte
Avda. de los Condes s/n
39108 Mompía (Cantabria)
942582410 - 606763093 - 606967689
administracion@unidigestiva.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO GASTROSCOPIA

EN QUÉ CONSISTE:

La gastroscopia ó endoscopia digestiva alta, consiste en la introducción por la boca de un endoscopio (tubo flexible que transmite luz e imagen). Permite la visualización directa de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno) con la finalidad de poder diagnosticar y tratar diferentes enfermedades que afecten este trayecto. Durante la exploración pueden encontrarse lesiones que requieran actuar sobre ellas: tomar muestras (biopsias), resecar pólipos (polipectomía), tratar heridas sangrantes, estrechamientos de la luz, extraer cuerpos extraños...



La prueba se realiza con el paciente acostado sobre su lado izquierdo. Habitualmente la realizamos con sedación controlada por un anestesista, por lo que la exploración no le causará ninguna molestia. En caso de realizar la prueba sin sedación, le aplicaremos anestesia local en la faringe. Es necesario estar en **AYUNAS** de 6 horas tanto sólidos como líquidos.

RIESGOS

A pesar de la correcta realización de la técnica, en un pequeño porcentaje puede no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Pueden presentarse efectos indeseables que incluyen: distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, daños dentales, subluxación maxilar, reacción alérgica y flebitis; excepcionalmente pueden producirse arritmias o parada cardiorespiratoria. Estas complicaciones son raras, y casi siempre limitadas a endoscopias con intención terapéutica. Algunas pueden requerir un tratamiento urgente e incluso una intervención quirúrgica.
Existen circunstancias personales, debido a la patología de base del paciente, o a la enfermedad actual en el momento de la exploración, que determinen el incremento de los riesgos.

DEBE INFORMAR si tiene: posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma, EPOC...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (especialmente los fármacos que puedan alterar la coagulación como aspirina, anticoagulantes, antiagregantes).

D/Dña. _____

DECLARO

Que he sido informado/a adecuadamente sobre esta exploración, he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y he podido aclarar todas las dudas que he planteado. Conozco la existencia de posibles técnicas ó procedimientos alternativos.

Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones.

CONSIENTO

que se me realice una **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (GASTROSCOPIA)** y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro ó foto coagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis ó sondas) que sean aconsejables durante la misma.

Fecha: _____

Firma paciente ó representante legal

Firma médico