

Consentimiento informado para procedimientos de endoscopia digestiva (*) - Esófago gastroduodenoscopia (Panendoscopia oral)

Yo, D./Dña.

como paciente, o D./Dña. como su representante legal, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente informado/a en virtud de los derechos que otorga la legislación vigente y, en consecuencia, **AUTORIZO** al Dr./Dra./Dres. para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico-terapéutico denominado ESOFAGO-GASTRODUODENOS-COPIA (PANENDOSCOPIA ORAL) y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro fotocoagulación, colocación de bandas elásticas prótesis o sondas), que sean aconsejables durante la misma.

CONSIENTO la administración de medicación sedante o de otro tipo (en inyección intravenosa si es preciso) que sea necesaria o aconsejable para la mejor realización de la prueba.

Se me ha explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración, que incluyen: daño dental, distensión del abdomen, dolor, hipotensión, flebitis, reacciones alérgicas, aspiración, bronquial, infección, hemorragia, perforación y parada cardiorespiratoria. Alguna de estas complicaciones puede requerir intervención quirúrgica.

No se me ha dado garantía de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos.

He comprendido la naturaleza de la prueba y el propósito del procedimiento

He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr./Dra. /Dres.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado (beneficios, riesgos, alternativas) y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique

Entiendo que este documento puede ser **REVOCADO** por mí en cualquier momento, antes de la realización del procedimiento, debiendo ser comunicada tal revocación de forma fehaciente al facultativo o equipo médico actuante.

(*) Recomendado por la Asociación Española de Endoscopia Digestiva

Y para que así conste, firmo el presente original después de leído.

Paciente

D.N.I.:

Fdo.:

Médico

Dr.:

Nº colegiado:

Fdo.:

Representante legal

D.N.I.:

Fdo.:

En, ade.....de 20.....

Don/Dña. de de edad, con domicilio en y D.N.I. Nº

Don/Dña. de de edad, con domicilio en y D.N.I. Nº en calidad de

Denegación / Revocación

No autorizo la realización de

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir con el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Paciente

D.N.I.:

Fdo.:

Médico

Dr.:

Nº colegiado:

Fdo.:

Representante legal

D.N.I.:

Fdo.:

En, ade.....de 20.....