



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POLIPECTOMIA DIGESTIVA (BAJO SEDACIÓN)

NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA: _____
EDAD: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ TELEFONO: _____
ACOMPAÑANTE: _____ TELEFONO: _____

DECLARO que, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora al **DR.** _____, profesional de la salud certificado por la secretaria de salud departamental y municipal e inscrito en el **RETHUS**, que en ejercicio legal de su profesión y con el concurso de su personal auxiliar de los servicios asistenciales también debidamente entrenado y certificado, a que se me practique la siguiente intervención y/o procedimiento: **POLIPECTOMIA DIGESTIVA**. Habiéndome explicado las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos si no se realiza ningún tratamiento a saber.

1. La **POLIPECTOMIA DIGESTIVA** es un procedimiento endoscópico efectuado por el médico especialista en el área, cuyo propósito es la Resección de uno o más pólipos de la mucosa del intestino grueso (colon) o de la parte superior del tracto digestivo, sin requerir cirugía abierta.

2. El procedimiento, siempre con indicación del médico tratante, se hace bajo **SEDACIÓN para mayor confort del paciente**. **Riesgos de las intervenciones a efectuar:** Nauseas, vomito, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes, hematomas, inflamación alrededor de venas y arterias por venopunción. **Entiendo** que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización por el médico especialista, pueden presentarse efectos indeseables serios o graves en una proporción menor al 1%, como son: hemorragia digestiva, perforación de víscera hueca, infección, bronco aspiración, hipotensión, excepcionalmente podrían suceder arritmias cardiacas, paro cardio-respiratorio, sub luxación maxilar (que pueden ser graves y requerir tratamiento quirúrgico o el cual corresponda), accidente cerebro vascular y **muerte, sangrado, perforación, síndrome post-polipectomia, Además del riesgo de infección por COVID 19 a pesar de todos los cuidados implementados y protocolos de lavado y desinfección de alta calidad de nuestros equipos.**

3. El procedimiento se realiza, con un **ayuno previo de 8 horas**, habitualmente, con el paciente acostado sobre su lado izquierdo, y tras la introducción ANAL o por la boca del **endoscopio (según sea el caso), sometido previamente a desinfección de alta calidad**. Se progresa por el tubo digestivo revisando la Mucosa., al llegar al pólipo se reseca con ayuda del electrocauterio y se recupera el mismo para ser enviado a estudio patológico. Es probable que exista presencia de cólicos abdominales y una cierta presión debido al aire que es necesario introducirle lo cual es transitorio.

4. Previa a la realización de este procedimiento, se me ha indicado claramente, he comprendido y cumplido la preparación recomendada, pudiendo resolver las dudas que tenía en torno a toda la información suministrada, indicándome la necesidad de avisar posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades o cirugías cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier circunstancia, como la posibilidad de estar embarazada y consumo de sustancias toxicas, cirugías digestivas u otros.

De acuerdo a lo antes anotado, juro que toda la información consignada en mis antecedentes personales es veraz y no he omitido ningún dato que pueda poner en riesgo el acto médico, por lo cual **DOY MI CONSENTIMIENTO EN FORMA COMPLETA Y AUTORIZO** al Dr. _____, para que se me realice el procedimiento: **POLIPECTOMIA DIGESTIVA**, debido a que he comprendido

GASTRODIAGNÓSTICOS IPS S.A.S



completamente toda la información y me siento satisfecho (a) con todas las explicaciones, recomendaciones y riesgos con respecto a la realización de este procedimiento incluyendo **la sedación por mi persona aceptada y autorizada**, en un lenguaje claro y sencillo por parte del médico, quien además me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado. También autorizo se pueda llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos adicionales justificados y en mi beneficio según su criterio a los ya autorizados en este consentimiento, si fuese necesario durante mi intervención. (Polipectomias, control de sangrados, extracción de cuerpos extraños, etc.)

1. **Acepto POLIPECTOMIA DIGESTIVA:** SI () NO ()

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

2. **Acepto Sedación:** SI () NO ()

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

TAMBIÉN COMPRENDO QUE EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA POLIPECTOMIA DIGESTIVA O RECIBIR SEDACIÓN DURANTE LA MISMA.

3. DESESTIMIENTO

Voluntariamente **RECHAZO** la realización de la **POLIPECTOMIA DIGESTIVA** a realizar por el DR. _____, a pesar de haberme explicado la necesidad de la realización de la misma y sobre todo los beneficios de esta, por lo cual **asumo toda responsabilidad** de mis decisiones y exonero de al especialista en mención y a su grupo de trabajo.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE