



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCTOSIGMOIDOSCOPIA (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: **PROCTOSIGMOIDOSCOPIA O RECTOSIGMOIDOSCOPIA**. Habiéndome explicado las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos si no se realiza ningún tratamiento a saber.

1. La **PROCTOSIGMOIDOSCOPIA** es un procedimiento endoscópico efectuado por el médico especialista en el área, cuyo propósito es la visualización de la mucosa del ano, recto y colon sigmoide, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante ó pólipos pueden requerir actuación sobre ellos.
2. El procedimiento, siempre con indicación del médico tratante, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesarias la **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**, **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. La prueba se realiza, con un **ayuno previo de 8 horas**, habitualmente, con el paciente acostado sobre su lado izquierdo, y tras la introducción ANAL del **endoscopio sometido previamente a desinfección de alta calidad** se progresa por el colon examinando la Mucosa. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se puede tomar pequeñas muestras de tejidos (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico. Es posible que se presente en forma habitual la presencia de cólicos abdominales y una cierta presión debido al aire que es necesario introducirle en el colon 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.
5. La alternativa diagnóstica a Colonoscopia total sería una **exploración radiológica tipo colon por enema** para obtener imágenes del tubo digestivo, Sin embargo, permitiría diagnosticar su enfermedad en menor número de casos que la endoscopia, no es posible la toma de biopsias, ni la visualización de lesiones de muy pequeño tamaño, **No** es

GASTRODIAGNÓSTICOS IPS S.A.S



Terapéutica (tratar una hemorragia, extirpar pólipos); Por ello, en ocasiones, incluso tras realizar un estudio radiológico es necesario hacer una Colonoscopia total. La cápsula endoscópica (pequeña cámara que se traga y recorre el tubo digestivo) no sustituye tampoco a la Colonoscopia total, por razones parecidas.

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: **PROCTOSIGMOIDOSCOPIA O RECTOSIGMOIDOSCOPIA**, debido a que he comprendido 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 PROCTOSIGMOIDOSCOPIA O RECTOSIGMOIDOSCOPIA:** 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 PROCTOSIGMOIDOSCOPIA O RECTOSIGMOIDOSCOPIA O RECIBIR SEDACIÓN DURANTE LA MISMA.

3. DESESTIMIENTO

Voluntariamente **RECHAZO** la realización de la **PROCTOSIGMOIDOSCOPIA O RECTOSIGMOIDOSCOPIA** 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