

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Colonoscopia

FL-END-01

Rev. 05

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO O CAUSAL DE LA SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO EN EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

#### INFORMACION GENERAL

- Consiste en la exploración del colon mediante una sonda flexible. Si el colon no está bien preparado (con los laxantes tomados según las instrucciones) el examen no será satisfactorio y eventualmente se deberá repetir.
- Se usa analgésicos y sedantes inyectables para disminuir las molestias ocasionadas por el procedimiento.
- Puede ser necesario tomar biopsia para exámenes diferidos. Que tendrán un costo adicional.
- Entre los hallazgos del examen pueden encontrarse pólipos los que pueden ser extraídos inmediatamente (en el caso de pólipos pequeños) o diferir su extracción (en caso de pólipos grandes) con exámenes previos y hospitalización.
- En ambos casos la polipectomía tiene un costo adicional, los insumos utilizados como asa de polipectomía, inyector y/o canastillo también tienen un costo adicional asociado a cada uno.
- Todas esas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.
- También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

#### OBJETIVO

Explorar el recto y colon mediante una sonda flexible que es introducida por el ano.

#### EN QUE CONSISTE UNA COLONOSCOPIA

- Se acomoda al paciente en posición decúbito lateral izquierdo, con las rodillas flectadas hacia el pecho.
- El médico procede a introducir el colonoscopio a través del ano y comienza visualizando mucosa rectal, colon sigmoides, colon descendente ángulo esplénico, colon transverso, ángulo hepático, colon ascendente llegando hasta el ciego, identificando válvula ileosecal, orificio apendicular y conjunción de las tenias; posteriormente se retira el colonoscopio para revisar los diferentes segmentos en forma detallada desde ciego hasta recto, revisando en retrovisión rectal.
- Toma biopsias de las diferentes zonas según hallazgos pertinentes según proceda
- Una vez finalizado el procedimiento, se acomoda al paciente, según sedación administrada, se traslada a recuperación por un período aproximado de 45-60 min.

#### RIESGOS DE UNA COLONOSCOPIA

- Existe la posibilidad de complicaciones, como por ejemplo: alergia a los medicamentos, inflamación venosa por inyectable, sangramiento o perforación del intestino.
- En caso de alguna complicación es posible que se requiera observación o tratamiento hospitalizado, los costos de esas complicaciones serán con cargo al sistema de salud del paciente.

#### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Me ha informado también sobre las posibles alternativas a este tratamiento, aclarándome que hoy día no existen alternativas a la realización de este procedimiento con mejor perfil de eficacia y seguridad para mi enfermedad o riesgo concretos.

Además me ha aclarado que el procedimiento no está exento de riesgos y me ha explicado cuáles son tales riesgos.

Asimismo me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo raza, profesión, credo religioso, etc.) existen los siguientes riesgos adicionales: (rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL- END- 01

### Colonoscopia

Rev. 05

#### RIESGOS PERSONALIZADOS

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, quien le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

#### DECLARO:

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **COLONOSCOPIA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **COLONOSCOPIA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

#### RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la COLONOSCOPIA asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

#### REVOCAION

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Ru t \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_