

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-END-02

Endoscopia Digestiva Alta

Rev.05

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

INFORMACION GENERAL

- La Endoscopia Digestiva Alta consiste en la exploración del esófago estómago y duodeno mediante una sonda flexible.
- Se usa analgésicos y sedantes inyectables para disminuir las molestias ocasionadas por el procedimiento.
- Puede ser necesario tomar biopsia o un test de ureasa exámenes diferidos que tendrán un costo adicional.
- Durante el examen, y ante la pesquisa de sangrado, se le podría efectuar un procedimiento de " ligadura de varices " en el cual se utiliza un " Kit de Ligaduras" , este material tiene un costo adicional.
- 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 esófago, estómago y duodeno mediante una sonda flexible que es introducida por la boca.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (En qué consiste)

- Se aplica lidocaína espray al 10% en orofaringe, solicitando al paciente que realice gárgaras por unos segundos (app.5 minutos) y que posteriormente la trague.
- El paciente se coloca en decúbito lateral izquierdo, se le instala una boquilla con elástico (en lo posible), y sabanilla o papel absorbente bajo la pera para absorber secreciones que puedan salir por la boca.
- Una vez finalizado el procedimiento, proceder acomodar al paciente, según sedación administrada, se traslada a sala de recuperación, que se encuentra al lado del pabellón de endoscopia por un período aproximado de 45-60 min.

RIESGOS POTENCIALES DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- 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 circunstancia personales (edad, estado previo de salud, sexo raza, profesión, ceto 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).

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, que le atenderá con mucho gusto.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-END-02

Endoscopia Digestiva Alta

Rev.05

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 identidad.**

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
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Endoscopia Digestiva Alta.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Endoscopia Digestiva Alta.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con **Endoscopia Digestiva Alta** 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 o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)