

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Colangiografía Retrograda Endoscópica

FL-END-05

Rev.02

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 Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es un procedimiento que combina la endoscopia esofagogastroduodenal con los rayos X para tratar los problemas de los conductos biliares y pancreáticos.

OBJETIVO

Por medio de la CPRE (Colangiografía Retrógrada Endoscópica) se pueden reconocer enfermedades en la vía biliar, vesícula e hígado, (cálculos, zonas estrechas y tumores) así como alteraciones del páncreas, (tumores, inflamaciones) en forma más eficiente que con técnicas radiológicas.

CARACTERÍSTICAS DE LA CPRE (COLANGIOGRAFÍA RETRÓGADA ENDOSCÓPICA) (En qué consiste)

La CPRE consiste en introducir un medio de contraste radiológico en la vía biliar y/o pancreática para su adecuada visualización a través de un procedimiento de endoscopia oral.

En caso de demostrarse la presencia de cálculo (s), tumor o estrechez en la vía biliar, es necesario realizar una papilotomía (corte en una parte del duodeno, con un bisturí eléctrico) para poder extraer el o los cálculos y/o bien instalar una endoprótesis para corregir la estrechez existente.

La CPRE (Colangiografía Retrógrada Endoscópica) no es solamente una endoscopia, sino un procedimiento quirúrgico mediante el uso de endoscopios, con evidentes beneficios y algunos riesgos.

Este procedimiento se realiza con sedación administrada por un Anestesiólogo.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CPRE (COLANGIOGRAFÍA RETRÓGADA ENDOSCÓPICA)

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden ser: Durante las primeras horas es posible que presente dolor de garganta, tras el procedimiento.

La CPRE (Colangiografía Retrógrada Endoscópica) puede tener complicaciones como: 1. reacciones a medicamentos 2. Perforación de intestino 3. Hemorragias 4. Reacciones al medio de contraste como: alergias, inflamación de los conductos biliares (Colangitis) o del páncreas (Pancreatitis), siendo ésta última la más grave, siendo su aparición y evolución impredecible.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y alto Riesgo que en ocasiones conlleva riesgo de muerte.

Con poca frecuencia podrían aparecer otros problemas biliares en los meses o años siguientes a la papilotomía, pero cabe la posibilidad de que se presente ictericia o incluso se formen cálculos nuevamente. Usualmente estas situaciones se resuelven con otra CPRE.

RIESGOS PERSONALIZADOS

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).

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Me ha informado también sobre las posibles alternativas a este procedimiento, como intervenciones quirúrgicas con anestesia general en algunos casos.

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

Colangiografía Retrograda Endoscópica

FL-END-05
Rev.02

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 **CPRE (Colangiografía Retrógrada Endoscópica)**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **CPRE (Colangiografía Retrógrada Endoscópica)**

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 _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

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

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **CPRE (Colangiografía Retrógrada Endoscópica)** 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)

REVOCAACION:

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)