



CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Nombre y Apellido del paciente: _____

Fecha ____ / ____ / ____

La **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**, es un procedimiento para el estudio de las enfermedades que afectan el esófago, estómago y duodeno. Consiste en introducir a través de la boca un tubo flexible que tiene una cámara en su extremo para observar directamente los segmentos mencionados. **Se realiza con anestesia local en la garganta y se administran sedantes y analgésicos mediante la colocación de una vía venosa periférica**, por lo cual se minimiza el dolor y se reduce la ansiedad para que el examen sea realizado de la manera más confortable para usted.

Entre los **beneficios** del procedimiento se encuentran: permite diagnosticar lesiones del tubo digestivo superior, tomar biopsias cuando se requiera y realizar terapias endoscópicas, en casos de lesiones hemostasia de puntos sangrantes, polipectomía o extracción de cuerpos extraños. Todo esto significa que puede tener un **diagnóstico más certero y orientar un tratamiento más definido**.

A través de este procedimiento se realiza el **Test de Ureasa**, examen que pesquisa la presencia de Helicobacter Pylori (incluido en el costo del procedimiento).

Del mismo modo, la extracción de **pólipos** y la toma de la **Biopsia** implican un procedimiento adicional cuyo costo debe ser cancelado adicionalmente, una vez realizado. Si el médico que realiza el procedimiento decide, dadas las condiciones, la realización de algún procedimiento adicional como los citados anteriormente, lo hace para evitar que el paciente deba realizarse nuevamente el procedimiento original. Cuando se toman muestras de **Biopsias** estas son procesadas en un Laboratorio de Anatomía patológica externo, cuyo envío a análisis tiene un costo adicional. Las biopsias permanecen en custodia hasta 60 días después de la fecha original. Luego de eso son desechadas.

Por otro lado, el procedimiento puede causar **molestias menores (complicaciones leves)** como malestar faríngeo, náuseas, distensión, flatulencia, las cuales son transitorias y en un grado menor otras **complicaciones más graves** como perforación esofágica, hemorragia, aspiración de contenido gástrico y/o complicaciones de los medicamentos usados como depresión respiratoria. Sin embargo, CEM cuenta con personal capacitado y los implementos necesarios para enfrentarlo. Es importante que usted **informe de sus alergias** y otras enfermedades concomitantes.

AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

1. Declaro **que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud** (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.
2. Mediante este consentimiento declaro haber entregado a mi médico tratante en forma **veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica**.
3. Me comprometo a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir posterior al procedimiento.
4. Autorizo al médico que, en caso de considerar la realización de procedimientos adicionales, estos sean realizados y asumo el costo adicional que implica la realización de estos.
5. Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de **"Revocación de Consentimiento Informado"**.

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** ☐ **NO AUTORIZO** ☐ la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre y Apellido paciente: _____	MÉDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: (Este campo debe ser llenado por el profesional responsable del procedimiento) Nombre y Apellido médico: _____ Cédula de identidad: _____ Firma del profesional: _____
Cédula de identidad: _____	
Firma del paciente: _____	
Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente: Nombre representante Legal o responsable: _____	
Cédula de identidad: _____	
Firma representante legal o Responsable: _____	