



CONSENTIMIENTO INFORMADO COLONOSCOPIA

Nombre y Apellido del paciente: _____

Fecha ___ / ___ / ___

La **COLONOSCOPIA**, es un procedimiento mediante el cual es posible examinar los diferentes segmentos del intestino grueso y en ciertas ocasiones, la porción terminal del intestino delgado (íleon terminal). Se efectúa mediante la introducción a través del recto, de un instrumento con cámara que permite que el médico visualice el colon, mientras se introduce aire para distenderlo. Esto permite visualizar las características normales de la mucosa, así como la presencia de lesiones, es probable además tomar muestra de tejidos para **biopsias**, y también realizar tratamientos terapéuticos en el caso que sea necesario (control de hemorragias, resección de pólipos, etc.). Se **administran sedantes y analgésicos** mediante la colocación de una vía venosa periférica, por lo cual se minimiza el dolor y contribuye a una buena tolerancia del procedimiento. Durante **TODO** el procedimiento el paciente se encuentra monitorizado y terminando este se traslada a Recuperación donde es observado y evaluado en el momento del alta se entrega informe e indicaciones posteriores.

Durante el procedimiento se puede realizar 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.

Entre los **beneficios** del procedimiento se encuentra encontrar la información importante en cuanto a precisar su diagnóstico y tratamiento.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, como todo procedimiento médico invasivo, puede asociarse a **complicaciones o efectos no deseados**, tanto como consecuencia del procedimiento en sí, como por parte de la sedación utilizada. El efecto no deseado más frecuente del examen es la presentación de distensión abdominal, por el aire que se insufla durante el procedimiento. Este desaparece en forma espontánea en la medida que el paciente expulsa el aire después del examen. Otras posibles complicaciones son alteraciones electrolíticas a causa de la preparación (uso de laxantes), reacciones a los medicamentos, perforación de colon o hemorragias. En caso de existir alguna complicación habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) y son tratables en la Unidad de Endoscopia. 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: _____	