

CENTRO MEDICO ENDOCENTRO LTDA
CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA COLONOSCOPIA
(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

NOMBRE _____

EDAD _____ CEDULA _____ FECHA _____

DECLARO QUE EL DOCTOR: _____

(Nombre del medico que proporciona la información), Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una COLONOSCOPIA

Es un procedimiento que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros de íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.

El procedimiento siempre con indicación del medico tratante, y sobre todo en determinadas circunstancias puede hacer recomendable o necesaria la sedación.

Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción de una sonda flexible por el ano, se progresa por el colon examinando la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras del tejido (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico. Es posible que presentes cólicos abdominales y una cierta presión, debido al aire que es necesario introducirle en le colon.

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal , mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales como arritmias o paro cardiaco, depresión o paro respiratorio, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad. Estas complicaciones son muy raras (menos de 1 por cada 1.000 exámenes). La perforación o la hemorragia pueden ser mas frecuentes cuando la colonoscopia se utiliza para aplicar un tratamiento como la extirpación de un pólipo.

El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

El médico me ha explicado también la existencia de posibles tratamientos alternativos. Ningún procedimiento invasivo esta absolutamente excepto de riesgos; pero de cualquier forma, si ocurriera una complicación, usted debe saber que todos los medios técnicos de esta clinica están disponibles para intentar solucionarla.

Se me ha indicado la preparación recomendada con la anticipación necesaria y se me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que considere puede afectar la realización del procedimiento, o realizar medidas Adicionales Con la finalidad de reducir el riesgo de complicaciones o aumentar la capacidad diagnóstica del examen que se me realizará.

	SI	NO
Me encuentro en ayuno igual o superior a 6 horas	()	()
He consumido alcohol o sustancias psicoactivas	()	()
Dentro de las 24 horas previas a este procedimiento.	()	()
Consumo anticoagulantes como Warfarina o me	()	()
Aplico heparina de cualquier tipo	()	()
Tengo antecedente familiar de Cáncer de colon en padres	()	()
O hermanos.	()	()

Informo que se que padezco alguna o algunas de las siguientes enfermedades

Enfermedad valvular cardiaca	()	()
Reemplazo valvular cardiaco	()	()
Diabetes	()	()
Cirrosis hepática	()	()
Várices esofágicas	()	()
Enfermedad pulmonar severa.	()	()
Insuficiencia renal crónica	()	()

Recibo frecuentemente los siguientes medicamentos :

1- _____
2- _____
3- _____

4- _____
5- _____
6- _____

Soy alérgico a los siguientes medicamentos.

1- _____

2- _____

He comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido aclarar todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de este procedimiento, y en tales condiciones.

CONSIENTO (Marcar con una X) SI () NO ()

Que se me realice, La Colonoscopia.

NOMBRE PACIENTE _____

FIRMA ESPECIALISTA _____

FIRMA PACIENTE _____ CC _____ de _____

ACOMPAÑANTE: SI _____ NO _____ **NOMBRE ACOMPAÑANTE:** _____

C.C. _____

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCION
NOTAS DE ENFERMERIA**

HORA DE INGRESO: _____ SEDACION: SI _____ NO _____

EXAMEN FISICO _____ ALERTA: _____ CONCIENTE: _____ DOLOR: _____

T.A: _____ F.C: _____ x min. SaO2: _____ % VENOPUNCION _____

OBSERVACIONES: _____

ENFERMERA RESPONSABLE: _____ **C.C.** _____

HORA DE EGRESO _____

RECIBI RECOMENDACIONES POST-PROCEDIMIENTO:

NOMBRE: _____

C.C. _____

FIRMA: _____