

**CENTRO MEDICO ENDOCENTRO LTDA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**PARA RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE**  
**(otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**DECLARO**

Que el Doctor: \_\_\_\_\_

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

1. La recotosigmoidoscopia es un procedimiento que pretende la visualización de la pared de los últimos 25 cms del intestino grueso ( recto y sigmodie) , con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones y que en ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos puede permitir actuación sobre ellos.
2. El procedimiento se realiza siempre con indicación del medico tratante.
3. Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción de una sonda flexible por el ano, se progresa hasta observar la zona indicada. 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 presente cólicos abdominales y distensión, debido al aire que es necesario introducirle en el colon.
4. 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, dolor o hipotensión. Excepcionalmente se pueden presentar otras de mayor complejidad como arritmias, depresión respiratoria, que pueden requerir tratamiento médico o quirúrgico. Estas complicaciones son muy raras (menos de 1 por cada 1.000 exámenes). La perforación o la hemorragia pueden ser mas frecuentes cuando este procedimiento se utiliza para aplicar un tratamiento como la extirpación de un pólipo.
5. El médico me ha explicado también la existencia de posibles tratamientos alternativos. Ningún procedimiento invasivo esta absolutamente exento de riesgos; pero de cualquier forma, si ocurriera una complicación se cuenta con los medios necesarios para su manejo y remisión a centros de mayor complejidad en caso de ser necesario.
6. 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 dentales, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

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

**CONSIENTO**

**Que me realice una Rectosigmoidoscopia**

\_\_\_\_\_  
MEDICO ESPECIALISTA

\_\_\_\_\_  
PACIENTE