

## CONSENTIMIENTO INFORMADO COLONOSCOPIA

El examen consiste en ver el colon con un instrumento óptico y flexible. Los medicamentos utilizados permiten atenuar el nerviosismo y el dolor abdominal producto de la colocación del instrumento y de la necesidad de distender el intestino con aire. **En casos especiales usted puede solicitar que el procedimiento se haga bajo anestesia. En esta situación el costo del procedimiento es sustantivamente mayor ya que requiere la asistencia de un anestesista.**

### **COMPLICACIONES**

Ningún médico puede asegurar completo éxito del examen y ausencia de complicaciones. Con muy baja frecuencia se presentan situaciones como reacción adversa a medicamentos, hemorragias o ruptura en alguno de los segmentos examinados. Los centros idóneos disponen de medios (médicos o quirúrgicos) para el tratamiento oportuno si se presenta alguna complicación.

### **BIOPSIAS**

La toma de biopsias (muestra de la mucosa del colon) es a menudo necesaria. Es inocua y debe ser examinada por otro profesional especialista anatómo patólogo, lo cual involucra un costo adicional. Del mismo modo en caso de hallazgo de un pólipo en el colon es recomendable extirparlo en este mismo acto y enviarlo a biopsia. Este procedimiento tiene el costo adicional de los insumos utilizados y la biopsia.

### **INFORMACION IMPORTANTE**

#### **Háganos saber si padece alguna de las siguientes condiciones:**

- Sangro fácilmente de heridas pequeñas.
- Alergias, especialmente a medicamentos.
- Enfermedades respiratorias (bronquitis crónica, asma)
- Presión ocular alta (glaucoma)
- Enfermedades cardiovasculares (presión alta, angina, infartos, arritmias)
- Embarazo.
- Otras (Diabetes, cirrosis, epilepsia, enfermedades a los riñones, etc.)

**Si usted tiene alguna enfermedad que su médico considere de riesgo para la preparación o para el procedimiento mismo, NO SIGA las siguientes instrucciones sin una consulta previa.**

[Escribir texto]

## PREPARACION PARA EL EXAMEN

1. En general es aconsejable mantener los medicamentos habituales, sin embargo, dado que existen excepciones, lo mejor es consultar a su médico o al especialista que realizará el examen.
2. Conviene suspender el uso de Fierro, Aspirina y Ginkgo Biloba unos 5 días antes.
3. Dos días antes del examen la dieta debe ser líquida, es decir, sin frutas ni verduras (sopa, galletas, fideos, arroz etc.)
4. No ingerir alimentos ni bebidas a lo menos las cinco horas previas a su citación. Por ejemplo, si Ud. está citado a las 12:00 hrs. su último alimento puede tomarlo antes de las 09:00 hrs. Este alimento debe ser solamente líquido.
5. Beber el laxante ENDOFALK de la siguiente manera:
  - Cada sobre se prepara con ½ litro de agua
  - El día anterior al examen preparar 4 sobres. Los dos litros deben ser ingeridos en vasos de 250 ml cada 15 minutos a partir de las 18:00 hrs.
  - El día del examen ingerir 1 litro (o sea dos sabores) entre las 06:00 y 09:00 de la mañana, 250 ml cada 15 minutos.
6. La diarrea que provoca el ENDOFALK es de limpieza. Una preparación adecuada provoca que las últimas diarreas sean líquidas y acuosas. **Esta preparación es necesaria y puede ser mal tolerada por algunos pacientes, produciendo dolor abdominal y, a veces, sensación de desmayo. Conviene estar acompañado.** También acudir acompañado es indispensable.

NO PUEDE NI DEBE CONDUCIR VEHÍCULOS EL DIA DEL PROCEDIMIENTO.

Ud. Está solicitado el día \_\_\_\_\_

A las \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_

He sido informado acerca del procedimiento endoscópico que se me ha indicado, sus objetivos, características y potenciales riesgos. He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido resueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice una **COLONOSCOPIA**, teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

A sí mismo, habiendo sido informado además de los costos involucrados, \_\_\_\_ doy mi consentimiento \_\_\_\_ no doy mi consentimiento para que se me realice la POLIPECTOMIA necesaria según los hallazgos de la colonoscopia.

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Rut

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

[Escribir texto]

\_\_\_\_\_  
Nombre Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre  
Representante

\_\_\_\_\_  
Firma

**REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Nombre Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre  
Representante

\_\_\_\_\_  
Firma

[Escribir texto]