

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

El examen consiste en ver el interior del esófago – estómago – duodeno con un instrumento óptico y flexible. Los medicamentos utilizados permiten atenuar el nerviosismo y la náusea producto de la colocación del instrumento.

En casos especiales el procedimiento puede hacerse bajo anestesia. Ud puede solicitarlo. En esta situación el costo del procedimiento es sustantivamente mayor. Requiere la asistencia de un anestesista.

### **COMPLICACIONES**

Ningún médico puede asegurar completo éxito del examen y ausencia de complicaciones.

El procedimiento no es doloroso.

Muy infrecuentemente 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.

### **BIOPSIAS**

La toma de biopsias (muestras de la mucosa) es a menudo necesaria. Es inocua e involucra un costo adicional y debe ser examinado por otro profesional especialista anatómo patólogo.

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

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

### **PREPARACION PARA EL EXAMEN**

1. No ingerir alimentos ni bebidas a lo menos en las cinco horas previas a su citación. Por ejemplo, si ud está citado a las 12: 00, usted puede ingerir líquido en pequeño volumen hasta antes de las 07 hrs AM (té o bebida).
2. 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.
3. Acudir acompañado es indispensable.

**CONducir Vehículos el día del procedimiento puede ser peligroso. Consulte al respecto después del examen**

Ud. está citado el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ hrs

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 respuestas que considero suficientes y aceptables.

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

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Nombre del Médico

Rut

Firma

Fecha

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Nombre Paciente

Firma

Nombre R. Legal

Firma

**REVOcACION**

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Nombre del Médico

Rut

Firma

Fecha

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Nombre Paciente

Firma

Nombre R. Legal

Firma