

**Por favor diligencie este documento con tinta negra, letra clara y sin tachones o enmendaduras.  
Recuerde: El consentimiento informado es un documento legal**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tipo y número de identificación: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Persona en situación de discapacidad Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**DECLARO**

Que debido a que el Doctor: \_\_\_\_\_ ha considerado que es conveniente realizar, en mi situación, una ENDOSCOPIA O ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA ALTA. He autorizado al Dr. (a) \_\_\_\_\_, con registro médico \_\_\_\_\_ de Bogotá para practicar dicho procedimiento previo conocimiento de lo siguiente, información que confirmo he recibido al menos 24 horas previas al procedimiento.

1. La Endoscopia digestiva alta (EGD) diagnostica, es un procedimiento endoscópico cuyo propósito es la visualización de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno), con la finalidad de poder diagnosticar las diferentes enfermedades desde el esófago hasta la segunda porción del duodeno.
2. El procedimiento se realiza con indicación del médico tratante con sedación por vía endovenosa administrada o supervisada por médico anesthesiologo con la finalidad disminuir molestias y facilitar la realización del procedimiento. En raras ocasiones se podrá realizar sin sedación previa discusión con el paciente de riesgos y limitaciones adicionales.
3. La prueba se realiza, con un ayuno previo de 8 horas con el paciente acostado sobre su lado izquierdo y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un protector bucal), se visualiza el esófago, estómago y duodeno. En el mismo acto, si el especialista lo considera necesario pueden tomarse muestras del tejido (biopsias) para su estudio, lo cual autorizo explícitamente con la firma de este consentimiento, de la misma forma que autorizo las acciones que de acuerdo al criterio del Gastroenterólogo que realiza este examen sean necesarias para mi situación particular.
4. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables poco usuales como dolor y distensión abdominal, mareo, náuseas. Las complicaciones más frecuentes son hemorragia, perforación, síndrome pos-polipectomía, dolor, hipotensión, y/o excepcionales y de mayor complejidad como infección, arritmias o paro cardiaco que pueden requerir tratamiento médico o quirúrgico existiendo incluso un riesgo muy bajo de mortalidad. Estas complicaciones son muy raras y se calculan en 1 por cada 1.000 exámenes. Sin embargo, el riesgo de perforación o la hemorragia son más frecuentes cuando la endoscopia se utiliza para aplicar un tratamiento como la extirpación de un pólipo aumentando el riesgo (hasta 4% de perforación y 10% de hemorragia con variaciones en la literatura). También se puede producir flebitis (inflamación con o sin infección de la o las zonas de venopunción).
5. **Confirmando que se me ha explicado que durante situaciones excepcionales como pandemias, por ejemplo, Covid-19 o Coronavirus, existe un riesgo adicional de infección que inicia desde el contacto social y exposición durante el traslado, permanencia en salas de espera y realización de los procedimientos endoscópicos por la generación de gotas y aerosoles. Se me aclaró que el personal de Emdiagnóstica cuenta con todos los elementos de protección personal para mi atención y que se me suministrarán los elementos necesarios para mi propia seguridad durante el procedimiento a realizar. También se me confirmó que Emdiagnóstica sigue los procedimientos de desinfección y esterilización exigidos. Emdiagnóstica SAS no presta servicios de urgencias. Se me explicó que durante situaciones de pandemia no se realizarán procedimientos para seguimiento de pacientes estables, estudios preventivos o de tamizaje y tampoco se realizará resección de pólipos grandes por aumento de riesgos y requerimiento de camas hospitalarias. Se me ha explicado que durante la pandemia Emdiagnóstica NO REALIZARÁ ninguna endoscopia alta SIN sedación por aumento en la producción de gotas y aerosoles.**
6. Se me ha explicado y comprendo que ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos; pero, de cualquier forma, si ocurriera una complicación, se me ha indicado que Emdiagnóstica SAS cuenta con todos los medios necesarios para su manejo inicial y para remitir en caso de ser necesario.
7. Se me ha explicado que junto con el resultado de mi examen se me entregarán las recomendaciones que debo seguir posterior al procedimiento. En tal documento se me indica que, en caso de presentar vómito con sangre, materia fecal negra blanda o dolor de estómago severo me deberé comunicar al teléfono 7041234 donde se me indicarán las medidas a seguir, o en su defecto deberé asistir a valoración en el servicio de urgencias.
8. Entiendo que en caso de que el procedimiento se realice con sedación deberé firmar un consentimiento adicional para la misma y entiendo que en ningún momento se aplicará tal sedación si no me encuentro acompañado por un adulto responsable.
9. Entiendo que no podré conducir ni realizar actividades peligrosas posteriores a la aplicación de la sedación, recomendaciones que se me entregarán por escrito al finalizar el procedimiento.
10. 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 requiera realizar medidas adicionales con la finalidad de reducir el riesgo de complicaciones o aumentar la capacidad diagnóstica del examen que se me realizará.

**11. Por favor responda el siguiente cuestionario (Marque con una X)**

1-Ha presentado pérdida alarmante de peso y/ o anemia y/o disfagia (dificultad para tragar) y/ o cambios significativos en los hábitos defecatorios (diarrea/estreñimiento) o ha tenido sangrado digestivo o sabe que su médico tiene una alta sospecha de cáncer en su situación particular	SI	NO
2- Se encuentra en ayuno ( incluido líquidos) de 6 horas o más	SI	NO
3 ¿Ha consumido alcohol o sustancias psicoactivas dentro de las 24 horas previas a este procedimiento.	SI	NO
4. Se encuentra anticoagulado?	SI	NO

5- Si se encuentra anticoagulado siguió las recomendaciones médicas para este procedimiento como por ejemplo suspensión o terapia puente?.	SI	NO
6- Leyó y realizó la preparación de acuerdo a lo indicado en <a href="http://www.emdiagnostica.com/index.php/formas">http://www.emdiagnostica.com/index.php/formas</a> .?	SI	NO
7-. ¿Es mayor de 70 años? y/o ¿Vive en un asilo o lugar de atención para pacientes de la tercera edad?	SI	NO
8- Padece alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.) severa o padece hipertensión arterial inadecuadamente controlada, insuficiencia renal crónica o enfermedades del corazón serias incluyendo infartos, enfermedad valvular o reemplazos valvulares cardiacos y/o tiene un cardio desfibrilador implantado? Tiene marcapaso?. ¿Padece alteraciones conocidas serias del sistema inmune?	SI	NO
9 ¿Tiene obesidad, Apnea de sueño o es diabético?	SI	NO
10. ¿Se encuentra en embarazo?	SI	NO
11- Es capaz de caminar 3 cuadras o subir dos pisos sin que le falte el aire?	SI	NO
12. ¿Usted o alguien con quien vive, en las últimas 2 semanas , ha tenido fiebre de 38°C o más asociado a dolor de cabeza, tos seca, dificultad respiratoria, dolor de garganta, reducción o pérdida del olfato o el gusto ( capacidad de percibir sabores o ha presentado diarrea de reciente aparición?	SI	NO
13. ¿Usted o alguien con quien vive tiene diagnóstico de infección por Covid 10 o ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por COVID-19 o haya sido diagnosticado con este virus?	SI	NO
14.¿Usted o alguien con quien vive ha estado fuera del país o en contacto en las últimas 2 semanas , con viajeros provenientes del exterior?	SI	NO

**12. Recibo los siguientes medicamentos**

1- \_\_\_\_\_ 4- \_\_\_\_\_ 7- \_\_\_\_\_  
 2- \_\_\_\_\_ 5- \_\_\_\_\_ 8- \_\_\_\_\_  
 3- \_\_\_\_\_ 6- \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**13. Soy alérgico a los siguientes medicamentos**

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

He comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me permitido aclarar todas las dudas que le he planteado. He leído o me han leído y he comprendido perfectamente lo anterior , todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento. También se me explicó que en todo caso, podré revocar o desautorizar la realización de este procedimiento en cualquier momento durante el examen de lo cual quedará registro en mi historia clínica.

Por ello, manifiesto que lo registrado por mí en este documento es cierto, que estoy satisfecho con la información recibida, que comprendo el alcance y los riesgos de este procedimiento y en tales condiciones autorizo las acciones que de acuerdo al criterio del Gastroenterólogo que realiza este examen sean necesarias para mi situación particular y por lo tanto

CONSIENTO Que se me realice, La endoscopia de Vías Digestivas Altas o Esofagogastroduodenoscopia .(Marcar con una X) SI ( ) NO ( )  
 CONSIENTO Que se me realicen biopsias y demás procedimientos que a criterio del médico endoscopista quien realizará este examen sean convenientes en mi situación particular. (Marcar con una X) SI ( ) NO ( )

\_\_\_\_\_  
 FIRMA ESPECIALISTA

\_\_\_\_\_  
 FIRMA PACIENTE  
 CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



Huella

En caso de ser menor de edad o tratarse de persona en situación de discapacidad este documento deberá ser firmado además del paciente por su tutor o persona de apoyo responsable.

Nombre tutor / apoyo \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco/relación \_\_\_\_\_  
 Firma tutos/Apoyo \_\_\_\_\_