

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCION ENDOSCÓPICA DE LESIONES, POLIPECTOMIA O MUCOSECTOMIA

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

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 RESECCION ENDOSCÓPICA DE LESIONES, POLIPECTOMIA O MUCOSECTOMIA , 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 RESECCION ENDOSCÓPICA DE LESIONES, POLIPECTOMIA O MUCOSECTOMIA es un procedimiento por el cual se realiza la resección de lesiones conocidas como pólipos, las cuales por su naturaleza aumentan el riesgo de cáncer o pueden aumentar el riesgo de obstrucción o sangrado digestivo.
2. El procedimiento se realiza siempre con indicación del médico tratante, con o sin sedación, esta última suministrada o supervisada por Médico Anestesiólogo (a) previa explicación y firma de consentimiento adicional. El paciente deberá estar acompañado en todos los casos por un adulto responsable y no podrá conducir al término de este. No se realizará RESECCION ENDOSCÓPICA DE LESIONES, POLIPECTOMIA O MUCOSECTOMIA en pacientes sin sedación en ningún caso.
3. Con el paciente acostado se progresa el equipo de endoscopia hasta localizar la lesión y resecarla por medio de una sonda especial (asa de polipectomía) y la aplicación de algunas sustancias que optimicen el procedimiento.
4. El examen se realiza con una preparación previa, disponible en www.emdiagnostica.com que permite la limpieza del colon para su adecuada evaluación. El éxito del procedimiento depende en gran medida de la preparación.
5. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables poco usuales como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, dolor, hipotensión, y/o excepcionales y de mayor complejidad como arritmias o paro cardíaco que pueden requerir tratamiento médico o quirúrgico.
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 y comprendo que debido a que se requiere corte de tejido los riesgos de sangrado y perforación son reales, así como de un síndrome conocido como síndrome pos-polipectomía (fiebre y dolor abdominal pos polipectomía) y que tales riesgos tienen una frecuencia del 4 % al 10% que varía de acuerdo al tamaño, localización , características de la lesión, entre otros . De cualquier forma, si ocurriera una complicación, se me ha indicado que se cuenta con todos los medios necesarios para su manejo inicial y para remitir en caso de ser necesario. También se puede producir flebitis (inflamación con o sin infección de la o las zonas de venopunción
8. Las complicaciones asociadas a la polipectomía pueden ser tempranas (dentro de las 12 horas posteriores al procedimiento) o tardías (hasta 1 semana después de su realización) por lo cual informaré si presento materia fecal negra, vómito con sangre, expulsión de sangre fresca por el recto, fiebre o dolor abdominal severo desde la finalización del procedimiento hasta 1 semana de realizado el mismo.
9. Entiendo que para la realización de este procedimiento no puedo estar tomando aspirina o aspirineta, clopidrogel, vitamina E, warfarina ni ningún tipo de anticoagulante. Dado que algunos medicamentos naturistas actúan sobre la coagulación también suspenderé tales medicamentos al menos 1 semana previa a la realización de la polipectomía siempre con la autorización del médico tratante.
10. 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.
11. 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
12. 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.

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

1-Ha presentado pérdida alarmante de peso y/ o anemia 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 http://www.emdiagnostica.com/index.php/formas .?	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

Recibo los siguientes medicamentos

1- _____ 4- _____ 7- _____
 2- _____ 5- _____ 8- _____
 3- _____ 6- _____ Otros _____

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

CONSENTO (Marcar con una X) SI () NO () Que se me realice, La RESECCION ENDOSCÓPICA DE LESIONES, POLIPECTOMIA O MUCOSECTOMIA

CONSENTO (Marcar con una X) SI () NO () que se me realicen biopsias y demás procedimientos que a criterio del médico endoscopista quien realizará este examen sean convenientes en mi situación particular.

 ESPECIALISTA

 FIRMA PACIENTE CC _____ de _____

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 tutor/ Apoyo. _____