

**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 RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE

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 RECTOSIGMOIDOSCOPIA 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 rectosigmoidoscopia es un procedimiento que pretende la visualización de la pared de los últimos 25 cms del intestino grueso (recto y sigmoide), con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones y que, además, cuando se detecta una lesión sangrante o pólipos permite realizar acción terapéutica en el mismo momento.
2. Si bien no detecta el 100% de las lesiones de esta localización, ya que existe un bajo riesgo de subdiagnóstico a pesar de ser realizado con los mejores equipos y especialistas disponibles, es el mejor examen diagnóstico disponible para visualización directa de lesiones de recto y sigmoide disponible hasta la fecha. El riesgo de subdiagnóstico aumenta si la preparación es insuficiente y en lesiones de canal anal.
3. 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 intervención terapéutica en pacientes sin sedación en ningún caso.
4. Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción de una sonda flexible por el 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. En el mismo acto, si el especialista lo considera necesario, e incluso en pacientes no sedados ,puede tomarse muestras del tejido (biopsias) para su estudio y retirarse pólipos (lesión de característica pre cancerosa) de hasta 5 mm, lo cual es distinto a las resecciones mucosas de pólipos propiamente dichos (Polipectomía con asa /mucosectomias) que se realizan únicamente bajo sedación y a criterio del médico especialista que realiza el procedimiento, lo cual usted puede o no autorizar en la última parte de este documento. En todo caso, independientemente de la existencia de autorización por el paciente, el especialista puede determinar no realizar procedimientos adicionales por riesgos individuales o situaciones específicas. Las lesiones consideradas de alta complejidad serán resecaadas en una nueva programación en el nivel de atención correspondiente.
6. 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, nauseas y dolor abdominal. 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 colonoscopia 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
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Se me ha indicado la preparación recomendada con la anticoagulación 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 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, <u>en las últimas 2 semanas</u> , 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 <u>en las últimas 2 semanas</u> , con viajeros provenientes del exterior?	SI	NO

12.

Recibo los siguientes medicamentos

 1- _____
 2- _____
 3- _____

 4- _____ 7 _____
 5- _____ 8 _____
 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 RECTOSIGMOIDOSCOPIA

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.

Debido a que uno de los principales objetivos de éste procedimiento es la búsqueda de pólipos, lesiones potencialmente riesgosas para el desarrollo de cáncer colorectal, autorizo la resección de los pólipos que el especialista encuentre y que a su juicio sean susceptibles de ser resecados durante este mismo procedimiento, si bien su resección aumenta los riesgos de sangrado y perforación descritos en la primera parte de este documento. SI () NO ().

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.

 ESPECIALISTA

 PACIENTE CC _____ de _____

En caso de ser menor de edad este documento deberá ser firmado por el paciente y su tutor responsable.

Nombre tutor _____ Identificación _____ Parentesco _____ Firma tutor _____