

CONSENTIMIENTO INFORMADO RECTOSIGMOIDOSCOPIA

Versión 5 Fecha: Mayo 14 de 2025

Fecha ____/____/____ Hora: ____ Ciudad: ____ Nombre completo: ____
 Tipo y Número de identificación: ____ de ____ Edad: ____ Sexo: ____
 Número Telefónico: ____ Correo electrónico: ____

Tome el tiempo que requiera para tomar su decisión antes de firmar este consentimiento. Recuerde que tiene derecho a hacer preguntas al personal médico sobre el procedimiento y se le recomienda hacerlas antes de aceptarlo.

A. Teniendo en cuenta que el correo electrónico suministrado será utilizado para el envío de información relacionada con la atención médica garantizo que éste es de mi uso y acceso exclusivo. Con relación a lo anterior **SI** ____ **NO** ____ autorizo el uso del correo electrónico para el envío de información relacionada con la atención en salud.

B. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APOYO. En caso de tratarse de un menor de edad o personas en situación de discapacidad que limite la toma de decisiones este documento deberá ser firmado por el paciente y por su representante legal o apoyo responsable. **Nombre:** ____

Número de identificación: ____ **Teléfono:** ____

Parentesco/Tipo de representación legal: ____

C. PROFESIONAL QUIEN REALIZA EL PROCEDIMIENTO.

Nombre: ____ **Registro Médico** ____

Sin embargo, cualquiera de los profesionales de EMDIAGNOSTICA SAS podrá participar o realizar mi procedimiento.

D. INDICACIÓN

Este procedimiento fue ordenado por el Dr. ____ en consideración a que en su calidad de médico tratante ha considerado conveniente y pertinente su realización en razón a ____

E-EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

a. Objetivos y beneficios

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.

b. Descripción de la ejecución

El procedimiento se realiza según indicación del médico tratante con sedación por vía endovenosa administrada o supervisada por un médico anestesiólogo con la finalidad de disminuir molestias y facilitar la realización del procedimiento. Entiendo que para la administración de sedación deberé firmar un consentimiento adicional y entiendo que en ningún momento se aplicará tal sedación si no me encuentro acompañado por un adulto responsable.

El examen se realiza con una preparación previa, que permite la limpieza del colon para su adecuada evaluación. El éxito del procedimiento depende en gran medida de la preparación. 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.

F. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL PACIENTE:

I. El paciente relaciona como antecedentes o condiciones médicas relevantes los siguientes:

- Alergias medicamentosas. SI ____ NO ____ Cuál(es) ____
- Alteraciones de la coagulación. SI ____ NO ____ Cuál(es) ____
- Enfermedad coronaria (Infartos), arritmias cardíacas, existencia de prótesis valvulares o marcapasos. SI ____ NO ____ Cuál(es) ____
- Enfermedad Pulmonar crónica SI ____ NO ____
- Requerimiento permanente de oxígeno SI ____ NO ____
- Apnea del sueño SI ____ NO ____
- Enfermedades hepáticas o renales severas SI ____ NO ____
- Enfermedades severas del Sistema Nervioso Central SI ____ NO ____
- Farmacodependencia SI ____ NO ____
- Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas SI ____ NO ____
- Se encuentra en embarazo SI ____ NO ____ No Aplica ____
- Antecedentes de sedación fallida o complicaciones debidas a los medicamentos usados en sedación SI ____ NO ____

II. Declaro que SI ____ NO ____ estoy consumiendo medicamentos. Cuál(es) ____

Declaro que, con excepción de los antecedentes expresamente relacionados en el presente consentimiento, no he informado o advertido de cualquier otro antecedente que contraindique el tratamiento, intervención o procedimiento cuya ejecución autorizo mediante la firma del presente documento.

G. EXPLICACION DE LAS ALTERNATIVAS: Dentro del proceso de información que da lugar a la firma del presente consentimiento me han sido explicadas las alternativas existentes para apoyar el diagnóstico o tratamiento de mi condición clínica que incluye estudios por imágenes diagnósticas. Así mismo, me han explicado las razones por las cuales el procedimiento RECTOSIGMOIDOSCOPIA se considera el más aconsejable, de acuerdo con la indicación del médico tratante.

H. POSIBILIDADES DE NO MEJORIA O NO OBTENCION DEL RESULTADO

Entiendo y acepto que en todo procedimiento, intervención o tratamiento médico es posible que no se alcancen los objetivos descritos en el tratamiento y que, en este caso, no sea posible finalizar el procedimiento, obtener certeza diagnóstica sobre su condición clínica o alcanzar los resultados terapéuticos buscados. 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.

I. EXPLICACIÓN DE LOS RIESGOS

Generales: 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 post polipectomía, dolor, hipotensión, y/o excepcionales y de mayor complejidad como infección, arritmias o paro cardíaco, que pueden requerir tratamiento médico o quirúrgico existiendo un riesgo muy bajo de mortalidad. Estas complicaciones son muy raras y se calculan en 1 por cada 1000 exámenes. 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 o no sin infección de la zona de venopunción).

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. Por lo anterior, autorizó la ejecución de las acciones que sean requeridas para tratar la complicación o sus consecuencias. Comprendo y acepto que, pueden presentarse riesgos, secuelas y resultados desfavorables inmediatos, o tardíos de difícil previsión. Comprendo que, durante el desarrollo del procedimiento mencionado, frente a circunstancias o hallazgos imprevistos o imprevisibles pueda requerirse la realización de extensiones o variaciones del procedimiento inicial. En tal sentido, también acepto la realización de esos nuevos procedimientos. En consecuencia, conozco y asumo todos los riesgos y secuelas que puedan derivarse del procedimiento, intervención o tratamiento

Particulares. En mi caso particular se me ha explicado que adicional a lo anterior existen riesgos de _____.

J. NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES

Las obligaciones asumidas por el profesional y por la institución son obligaciones de medio y no de resultado. Por lo anterior, tanto el profesional como la institución ponen a su disposición la experiencia, pericia, prudencia y diligencia para ofrecer un servicio seguro y de calidad, pero no se comprometen a obtener un resultado ni a eliminar los riesgos previsibles o imprevisibles que puedan desprenderse del tratamiento, intervención o procedimiento. En esa medida soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente las posibilidades absolutas y relativas de lograr los objetivos indicados, acepto y entiendo que los resultados pueden variar dependiendo de mi condición clínica y que, por tanto, **NO** se pueden garantizar los resultados.

K .EXPLICACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE HACERLO O NO. La realización de Rectosigmoidoscopia generará incomodidades transitorias como sensación de llenura, distensión y dolor abdominal leve, mareo y en los casos de sedación pérdida del recuerdo del procedimiento en los minutos previos al mismo y dentro de la hora siguiente a su realización.

En caso de que el procedimiento, tratamiento o intervención, se realice sin sedación usted podría presentar dolor abdominal y no se podrán resear pólipos por polipectomía o mucosectomías debido a aumento de riesgos por movimientos del paciente. Entiendo que el procedimiento es esencialmente diagnóstico, y en algunos casos terapéutico, por lo que la no realización del procedimiento disminuye la posibilidad de llegar a un diagnóstico adecuado, y de realizar la consecuente intervención terapéutica o tratamiento.

L. PREPARACIÓN PREVIA, EVOLUCIÓN POSTERIOR Y SIGNOS DE ALARMA. Entiendo que no cumplir con las instrucciones previas y posteriores al tratamiento, o incumplir con las citas de control que se programen, puede aumentar mi probabilidad de sufrir complicaciones o afectar los objetivos buscados con el tratamiento, intervención o procedimiento. Entiendo que mi resultado, debe ser evaluado por mi médico tratante en consulta. Previo a la realización del procedimiento debo cumplir con un ayuno de al menos 6 horas. La preparación completa está disponible en www.emdiagnostica.com sección PREPARACIONES y sin ella no se podrá realizar el procedimiento.

Se me ha explicado con suficiencia y claridad que en caso de presentar los siguientes signos o síntomas debo consultar inmediatamente, contactar a EMDIAGNOSTICA S.A.S al siguiente teléfono (7041234) o dirigirme al servicio de urgencias más cercano: 1. Vómito con sangre 2. Materia fecal negra blanda o 3. Dolor en el estómago severo. 4. Fiebre. 5. Otros que considere preocupantes. Entiendo que no podré conducir ni realizar actividades peligrosas posteriores a la aplicación de la sedación ni realizar actividades que impliquen toma de decisiones o firma de documentos, recomendaciones que se me entregarán por escrito al finalizar el procedimiento.

Fecha ____/____/____ Hora: ____ Ciudad: ____ Nombre completo: ____
Tipo y Número de identificación: ____ de ____ Edad: ____ Sexo: ____
Número Telefónico: ____ Correo electrónico: ____

M. NO AUTORIZACIÓN O REVOCATORIA Me ha sido informado que tengo derecho a no dar mi consentimiento para el presente procedimiento, tratamiento o intervención, y que tengo derecho a revocarlo luego de haberlo otorgado para lo cual se diligenciará la sección correspondiente a "Disentimiento informado". En cualquiera de los dos casos tanto el médico o profesional de la salud, como la institución, quedan a disposición del paciente para el momento en el que decida realizar el procedimiento, intervención o tratamiento, contestar las dudas o inquietudes que tenga o valorar alguna de las alternativas.

N - DECLARACIONES

- 1- Declaro que me encuentro en ayuno total igual o superior a 6 horas.
- 2- Declaro que he tenido acceso a la información que se encuentra consignada en el presente documento con anterioridad a la realización del procedimiento, tratamiento o intervención y que he tomado el tiempo suficiente para analizar la información previo a la firma del presente consentimiento.
- 3- Declaro que todos los espacios del presente documento fueron llenados con anterioridad a su firma, y, por tanto, consiento y acepto su contenido.
- 4- Declaro que no concurre en mi ninguna circunstancia que pueda afectar mi voluntad o consentimiento, y que, por tanto, pueda viciar la autorización otorgada mediante la firma del presente documento.
- 5- Declaro que he comprendido la información que me ha sido clara y oportunamente suministrada y que he tenido la oportunidad de hacer las preguntas y aclarar las dudas relacionadas con el procedimiento, tratamiento o intervención.
- 6- Declaro que, de conformidad con la información oportuna y claramente suministrada, otorgo a Emdiagnostica S.A.S y al profesional designado por la institución, mi consentimiento libre, informado y cualificado para la ejecución del tratamiento o procedimiento propuesto.
- 7- Entiendo que con la firma de este documento estoy avalando que se me entregó información suficiente la cual comprendí y por lo tanto CONSIENTO Que se me realice la **RECTOSIGMOIDOSCOPIA** SI (☐) NO (☐)
- 8- CONSIENTO Que se me realicen biopsias, polipectomías 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 (☐)
- 9- CONSIENTO la realización del procedimiento bajo sedación. (Marcar con una X) SI (☐) NO (☐)
- 10- OBSERVACIONES ADICIONALES _____

Firma del paciente

Firma del representante legal o apoyo

Firma del profesional

Identificación

Identificación

R.M.

DISENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que **renuncio** expresa, libre y voluntariamente al procedimiento, tratamiento o intervención propuesto por los profesionales de Emdiagnostica.

Declaro que me han sido explicados de forma clara y oportuna las indicaciones del procedimiento, tratamiento o intervención y de las consecuencias que trae consigo la no realización del procedimiento o intervención.

Declaro que la decisión sobre la no realización del procedimiento, tratamiento o intervención es una determinación libre y voluntaria.

Firma del profesional

Firma del paciente

Firma del representante legal o apoyo

R.M. _____

Identificación _____

Identificación _____