Cirugia y Digestivo S.L.

Clínica Santa Elena
C/ Loma, 9
28003 Madrid
Tel.: 697166189
info@cirugiaydigestivo.es
www.cirugiaydigestivo.es

SECCIÓN DE EXPLORACIONES

PANENDOSCOPIA ORAL-GASTROSCOPIA

ES IMPRESCINDIBLE LLEVAR EL VOLANTE AUTORIZADO POR LA COMPAÑÍA

OBLIGATORIO RELLENAR LAS CASILLAS

Anticoagulantes / Antiagregantes:	☐ Sí	☐ No
Enfermedades Infecciosas:	☐ Sí	☐ No
Hepatitis B, C:	☐ Sí	☐ No
Enfermedades de Transmisión Sexual: VIH	☐ Sí	☐ No

Citas e Información { **Lunes a Jueves de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 H.**
Viernes de 9:00 a 15:00 H.

CITACIÓN: MES_____ **DÍA**_____ **HORA** _____

PREPARACIÓN

- Es necesario que su estómago esté limpio para obtener el máximo rendimiento de la prueba, por lo que le recomendamos siga estrictamente las instrucciones siguientes:
- Durante las 24 horas previas a la exploración no deberá tomar: verduras, frutas, legumbres, hortalizas , pan o bollería.
- El día de la exploración vendrá en ayunas. No tome alimentos sólidos o líquidos, tampoco agua durante al menos las 8 horas anteriores.
- Las dudas acerca de la preparación deberá preguntárselas a su médico.
- Si va a ser anestesiado o sedado deberá venir siempre acompañado, y no deberá conducir tras la prueba.

SI NO VA A ACUDIR A LA CITA AVÍSELO CON 48 HORAS DE ANTELACIÓN. EL RESTO DE LOS PACIENTES DE ATENCIÓN MÉDICA AGRADECERÁN SU COLABORACIÓN

CIRUGIA Y DIGESTIVO, S.L.
SECCION ENDOSCOPIAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Don/Doña: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en _____ y DNI _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: _____ de _____ años de edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en _____ y DNI _____
(Domicilio del representante legal)

En calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

- La endoscopia es una técnica que nos permite diagnosticar múltiples enfermedades del aparato digestivo introduciendo un endoscopio flexible por la boca, así como tomar biopsias y realizar terapéutica.

- Esta prueba se realiza sin anestesia general, pero puede ser necesario administrar medicamentos que reducen el dolor y tranquilizan, ya que en algún momento pudiera resultar molesta o dolorosa. (Si es usted alérgico a algún medicamento debe comunicárselo a su médico y al médico que realice la prueba antes de comenzar ésta).

- Las Sociedades Españolas de Anestesiología y Reanimación, y de Alergología e Inmunología Clínica y los expertos de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, desaconsejan la práctica sistemática de pruebas, de alergia a los medicamentos por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos.

- **En ocasiones durante la endoscopia se diagnostican lesiones que necesitan ser biopsiadas o extirpadas,** así como la realización de biopsias para determinar la presencia de Helicobacter pylori [bacteria implicada en el origen de la mayoría de las úlceras).

- La realización de una endoscopia conlleva el riesgo de complicaciones como perforación y hemorragia (especialmente en caso de existir varices esofágicas), aspiración o entrada accidental en vía respiratoria. **Afortunadamente se trata de un riesgo pequeño y lo habitual es que el único efecto secundario sea la propia molestia de la prueba,** y he expuesto que padezco .....
.....
....., que podría influir en los resultados.

- Estas complicaciones, en general no precisan más que vigilancia en el hospital y raramente pueden precisar una intervención quirúrgica para solucionarla.

- Si se realizó una polipectomía (resección de un pólipo), con el fin de detectar en sus primeros momentos las complicaciones y poder actuar en consecuencia para solucionarlas, es por lo que recomendamos que estén en reposo relativo las horas siguientes a la prueba y acudan inmediatamente al Servicio de Urgencias si observan sangrado o dolor abdominal intenso tras la realización de la exploración.

- **D /Dª.**_____
(en calidad de paciente o responsable legal) ha sido informado satisfactoriamente de los riesgos y beneficios de la endoscopia y acepto la realización de esta prueba así como la utilización de todos los actos necesarios para mi tratamiento.

- Doy mi consentimiento para que se me administre la premedicación necesaria para la realización de la gastroscopia.

- Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

- **En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de la endoscopia a realizar por el**
Dr._____. No obstante, este consentimiento
Podré retirarlo en cualquier momento antes del inicio de la exploración.

Firma del Médico

Firma del Paciente / Representante

D. N. I. .....

Madrid, a _____ de _____ de _____