

Consentimiento médico, diagnóstico y/o terapéutico para  
**VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

**Nombre y Apellido del Profesional:** Dr. Alberto A. de la Camara. M.P:38.981

**Lugar y fecha:** Diagnóstico Tesla/ Morón ...../...../.....

**Nombre y Apellido del/la paciente:**.....

**Lugar y fecha de nacimiento:**.....

**Estado civil:**..... **CI/LE/LC/DNI N°**.....

**Domicilio:**..... **Teléfono:** .....

**Motivo del estudio:**.....

El que suscribe, deja constancia que me ha sido explicado el **estudio y/o procedimiento médico** a realizar en mi persona, consistente en:

Introducir una sonda flexible suavemente por la boca y observar directamente el esófago, el estómago y la primer parte del intestino delgado. En el mismo acto, y de ser necesario, se realiza la toma de biopsia con una pinza que no produce ninguna molestia, ya que es un instrumental de pequeñas dimensiones adaptado al tipo de estudio. Se realiza siempre una anestesia local en la garganta que minimiza la sensación de náuseas al pasar por ese sitio.

Se suele tener miedo a que la sonda introducida por la boca no les permita respirar.

Es importante comprender, para evitar ese temor, que la sonda avanza por el mismo conducto por el que pasa la comida, es decir, que el conducto del aire no es ocupado por ella en ningún momento. El paciente **puede respirar por la nariz o por la boca como lo hace habitualmente.**

Una vez introducido el aparato, no produce ningún tipo de malestar en el órgano que se examina. Se puede sentir una sensación de distensión del estómago con ganas de eructar, por el aire que se necesita para hacer el estudio el cuál es retirado al finalizarlo.

Las biopsias no producen la menor molestia ya que se toman de una minúscula superficie y la sensibilidad del aparato digestivo para esto es nula.

Se le puede dar al paciente un tranquilizante previo al estudio o realizarlo bajo anestesia.

Como asimismo, los **beneficios de su realización** consisten en:

Visualizar directamente todo el esófago, estómago, la primera parte del intestino delgado llamado duodeno y, de ser necesario o ser solicitado, tomar biopsias en el mismo acto.

Y los **eventuales riesgos** consistentes en:

**Dolor abdominal y distensión prolongada, sensación de no poder tragar o respirar normalmente por la anestesia local** (esto dura aproximadamente 15 minutos), **hemorragia, perforación del esófago, estómago o intestino**, que pueden llevar a la internación posterior al estudio, tratamiento médico y/o posibilidad de tratamiento quirúrgico (**ser operado por posible hemorragia o perforación**), **otros.**

Continúa al dorso

CONSENTIMIENTO

Además, se me ha hecho saber sobre la existencia de otros estudios alternativos, sus ventajas y desventajas, el porqué de la elección del propuesto.

La Seriada Esófago Gastro Duodenal, la Ecografía o la Tomografía Computada de tórax y/o abdomen, no visualizan directamente el interior del esófago, estómago o duodeno, y no se pueden tomar biopsias de ser necesario con estos métodos.

En los casos de órganos sólidos como el hígado o los que tienen líquido como la vesícula, se puede utilizar la **ecografía**, por ejemplo. En los órganos huecos como el esófago, estómago o el intestino delgado, el aire que contienen, no permite que se los pueda ver correctamente con dicho método. La **endoscopía** puede, al utilizar un sistema óptico de aumento, observar alteraciones muy pequeñas y por medio de una pinza, obtener material para analizarlo microscópicamente.

Por todo lo expuesto manifiesto que, **autorizo al Dr. Alberto A. de la Cámara y/o** a los/las médicos/as por él elegidos, a **efectuar en mi persona los procedimientos diagnósticos descritos anteriormente**, facultándolos a efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados se estime conveniente, habiendo tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los **eventuales riesgos** que pudiesen sobrevenir con motivo del estudio diagnóstico mencionado y notificándome expresamente que, tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado o cura con el estudio diagnóstico al que seré sometido/a, asumiendo sin objeciones, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

También autorizo a los médicos nombrados a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la realización de transfusiones, anestesia y la ejecución de los servicios patológicos y radiológicos, facultando asimismo al patólogo a examinar y disponer para propósitos científicos de todo tejido que extraigan de la práctica realizada o biopsia que se me practique.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Firma del/la paciente o responsable del mismo

Aclaración

Aclaración

Esta información no será facilitada a personas no médicas ni a empleados de compañías de seguros.

CONSENTIMIENTO