

Consentimiento médico, diagnóstico y/o terapéutico para
VIDEORECTOSIGNOIDEOSCOPIA

Nombre y Apellido del Profesional: Dr. Alberto A. de la Camara. M.P.: 38981

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 y se me ha permitido evacuar a mi y/o a mis acompañantes todas las dudas que me genera el **estudio y/o procedimiento a realizar** en mi persona consistentes en:

Observación de la última parte del colon o intestino grueso mediante una sonda flexible que ingresa por el ano y que progresa por el intestino hasta donde lo solicite el médico derivante.

En la rectosigmoidoscopia (visualización de la primera parte del colon izquierdo) el paciente siente una ligera molestia cuando el aparato es introducido por el ano. Esto se hace muy suavemente y siempre después de aplicar una anestesia local con una jalea anestésica. Luego, al progresar el estudio, puede sentir sensación de querer evacuar el intestino y puede sentir hinchazón en el vientre que desaparecen o se atenúan al moderar la cantidad de aire que se debe insuflar para apreciar toda la extensión de la pared colónica.

Si el paciente lo desea, puede realizarlo bajo anestesia como la colonoscopia completa.

Como así mismo, los **beneficios** de su realización consisten en:

Visualizar directamente parte del intestino grueso y poder, de ser necesario o ser solicitado, tomar biopsias, extirpar o marcar lesiones (pólipos u otros) en el mismo acto.

Y los **eventuales riesgos** consisten en:

Dolor abdominal y distensión prolongada, hemorragia, perforación intestinal, otras eventualidades, que pueden llevar a internación inmediata posterior al estudio, tratamiento médico y/o posibilidad de tratamiento quirúrgico (**ser operado por posible hemorragia o perforación intestinal** u otra eventualidad, con las consecuentes secuelas post operatorias y el tiempo de internación necesario).

Continúa

CONSENTIMIENTO

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

el colon por enema, la Ecografía o la Tomografía computada de abdomen, no visualizan directamente el interior del intestino grueso y no se pueden tomar biopsias, extirpar o marcar lesiones de ser necesario.

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 estómago o el intestino, el aire que contienen, no permiten que se los pueda ver correctamente con dicho método. La **endoscopía** puede, al utilizar un sistema óptico de aumento, observar alteraciones múltiples muy pequeñas y por medio de una pinza, obtener material para analizarlo microscópicamente, o se puede realizar la exéresis endoscópica de lesiones colónicas como pólipos o lesiones planas.

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 diagnosticos y/o terapeuticos 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 y/o terapéutico mencionado inmediata o mediatamente, y notificándome expresamente que, tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado o cura con el estudio diagnóstico y/o terapéutico al que seré sometido/a, asumiendo sin objeciones para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

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 profesional actuante

Firma del paciente y/o familiar a cargo,
aclaración y N° de documento

CONSENTIMIENTO