

Consentimiento médico, diagnóstico y/o terapéutico para
VIDEOCOLONOSCOPIA

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

Observación del colon o intestino grueso mediante una sonda flexible que ingresa por el ano y que progresa por el intestino intentando llegar al fondo o Ciego, o llegando hasta donde el Endoscopista pueda progresar acorde a la complejidad del estudio, o hasta donde lo solicite el médico derivante.

La Colonoscopia completa (visualización de todo el colon) se realiza bajo sedación anestésica por lo que el paciente no siente dolor alguno y al finalizar el estudio, no recuerda nada de lo que se le hizo.

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

Visualizar directamente todo o 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 u otras eventualidades que pueden llevar a internación inmediata o mediata 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).

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:

Continúa al dorso

CONSENTIMIENTO

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 ni extirpar o marcar lesiones de ser necesario con éstos 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 estómago o el intestino, el aire que contienen, no permiten que se los pueda ver correctamente con dicho método.

La **endoscopia** 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 le 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