Documento de Información y consentimiento

Apellido y Nombre del Paciente: Cobertura:

Fecha de nacimiento: DNI N°:

Apellido y nombre del Profesional: Matrícula N°:

Fecha: / / Hora:

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán así como también me ha sido informado que puedo NO DESEAR recibir esta información en cuyo caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie, o puedo autorizar en este acto a……..
DNI:…….. a recibir la información y a DECIDIR sobre el tratamiento al que seré sometido.

Por el presente doy mi consentimiento de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 26.529, su Decreto reglamentario N° 1089/2012 y sus normas modificatorias, complementarias y regulatorias para ser sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente: **VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.**

La endoscopía superior permite al médico examinar el revestimiento de la parte superior del tracto gastrointestinal, que incluye el esófago, el estómago y el duodeno (la primera parte del intestino delgado). El médico utiliza un tubo delgado y flexible con lente y luz propia, llamado endoscopio, y visualiza imágenes en un monitor de video.

Los **beneficios** razonables del tratamiento propuesto consisten en ayudar al médico a evaluar los síntomas de dolor abdominal superior, náuseas, vómitos o dificultad para tragar. Es la mejor prueba para encontrar la causa del sangrado del tracto gastrointestinal superior. También es más útil para detectar inflamación, úlceras y tumores del esófago, estómago y el duodeno. El médico puede utilizar la endoscopía superior para obtener una biopsia (pequeñas muestras de tejido). Recuerde: las biopsias se obtienen por numerosas razones, y es posible que su médico las solicite aunque no tenga ninguna sospecha de presencia de cáncer.

Las posibles **consecuencias** negativas de no realizar la práctica sugerida varían según que el procedimiento sugerido sea diagnóstico, diagnóstico con eventualmente

posibilidad de tratamiento endoscópico, o elegido como un procedimiento para tratamiento.

En las prácticas con posibilidad de tratamiento endoscópico, el procedimiento permite no sólo diagnosticar el problema sino también intentar tratar, o eliminar la dolencia evitando que traiga otras complicaciones, por lo tanto, el no realizarlo podría acarrear consecuencias no deseables en el cuidado de su salud.

En los procedimientos exclusivamente terapéuticos (tratamiento endoscópico) donde ya se conoce el diagnóstico y la práctica va dirigida a intentar tratar o eliminar la causa de la enfermedad o trastorno de salud. El no hacer la práctica implica dejar que la enfermedad persista con consecuencias variables según el caso.

Respecto a los **riesgos**, si bien pueden producirse complicaciones, éstas rara vez ocurren cuando el examen es realizado por médicos con capacitación especializada y experiencia. En el sitio donde se haya practicado una biopsia o se haya extirpado un pólipo puede producirse sangrado, pero generalmente es mínimo y rara vez requiere seguimiento. La perforación (o desgarro del revestimiento del tracto intestinal) puede requerir una cirugía pero es una complicación muy poco frecuente.

Posibles **alternativas** a esta prueba son los estudios digestivos radiológicos contrastados.

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas por el profesional y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros profesionales del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

……	……	……..
Firma y Aclaración del Paciente o Representante	Firma y Aclaración del Profesional	Firma y Aclaración del Testigo