

Documento de *información y consentimiento*

Este documento tiene la finalidad de informarle acerca de los alcances y eventuales complicaciones de la endoscopia digestiva alta o *videoesofagogastroduodenoscopia* (VEDA) como así también obtener su autorización para poder realizarla.

Si Ud. no desea recibir esta información podrá completar el espacio destinado a manifestar su negativa al pie de este formulario.

La VEDA es un procedimiento endoscópico considerado seguro, que se utiliza con fines diagnósticos y/o terapéuticos resultando de suma utilidad en la detección de lesiones benignas y malignas ubicadas en el esófago, estómago o primeras porciones del intestino delgado denominada duodeno. Este examen se realiza bajo sedación anestésica efectuada por un médico anesthesiólogo quien, en la entrevista previa al procedimiento, informará sobre las características de la técnica y aclarará las dudas existentes al respecto.

El índice de complicaciones inherentes al procedimiento es inferior a 1 cada 5000 casos y habitualmente están vinculadas a procedimientos terapéuticos como dilataciones esofágicas, extracción de pólipos, tratamiento de várices, resección de lesiones duodenales, instrumentación de la vía biliar, etc.

Las complicaciones específicas más comunes son: *hemorragia y/o perforación* del órgano estudiado o tratado. Estos eventos pueden requerir internación inmediata con intervención quirúrgica o de otra índole.

Si Ud. sabe que padece una enfermedad cardiovascular deberá informarlo con anticipación para permitir que se tomen las medidas pertinentes y deberá realizar una consulta con el médico cardiólogo tratante en forma previa, informándole que tiene proyectado someterse a este procedimiento.

Asimismo deberá informar si está o cree estar embarazada, si recibe terapia anticoagulante, si ingiere habitualmente aspirina, analgésicos o antiinflamatorios, o si padece cualquier enfermedad por Ud. conocida.

Para la realización del estudio es indispensable guardar un ayuno para alimentos sólidos de 8 horas, aunque puede ingerir líquidos en pequeñas cantidades hasta 2 horas antes de realizar el procedimiento. Deberá concurrir acompañado y no podrá conducir vehículos durante las ocho horas posteriores.

Debe saber que existen alternativas diagnósticas y terapéuticas a este procedimiento y que también existen alternativas profesionales e institucionales para realizar el mismo. Podemos asesorarlo al respecto.

Asimismo debe saber que por diferentes motivos ningún procedimiento por sí mismo tiene el 100 % de efectividad diagnóstica.

Ud. recibe esta información con la debida antelación para permitirle reflexionar sobre estos temas y aclarar las dudas existentes solicitando todas las explicaciones que considere necesarias, antes de someterse al examen.

Se deja constancia que tratándose de un procedimiento médico existe la posibilidad de que surjan complicaciones inesperadas y que no es posible garantizar los resultados de las prácticas diagnósticas o terapéuticas.

Ud. entiende que pueden requerirse con inmediatez tratamientos o intervenciones alternativas o adicionales y da su consentimiento para que sean realizados si, en la opinión del médico tratante, fuesen necesarios.

Ud. consiente que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de su cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele su identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan, de acuerdo con la ley N° 25326 de Protección de Datos.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento previo a la realización de la práctica.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, Ud. autoriza al Dr.
y a los profesionales que él designe, a efectuar en su persona los procedimientos endoscópicos diagnósticos y/o terapéuticos que fueron indicados por el Dr....., con el diagnóstico de.....

Campana, de de

Firma del paciente:

Firma del familiar/allegados:

Aclaración:

Aclaración:

N° de documento:

N° de documento:

Negativa a recibir información

Firma del paciente:

Firma familiar/allegado:

Aclaración:

Aclaración:

N° de documento:

N° de documento: