

Consentimiento del paciente para la realización de procedimientos endoscópicos

Yo _____, autorizo al Dr. _____ para que en mí se realice el siguiente procedimiento endoscópico (marcar el que corresponda):

Ecoendoscopia Digestiva Alta: este estudio permite al médico examinar las paredes del tracto gastrointestinal superior y estructuras extra-gastrointestinales que se encuentran en el tórax y el abdomen. También se utiliza para estudiar órganos internos situados junto al tracto gastrointestinal, como mediastino posterior y mediastino medio, ubicados en el tórax, y la cavidad retroperitoneal, ubicado en el abdomen.

Ecoendoscopia Biliopancreática: consiste en la evaluación de tres órganos, principalmente, que están ubicados en el abdomen como ser el páncreas, la vesícula y el colédoco, en toda su extensión incluyendo la evaluación de la porción terminal denominada papila.

Ecoendoscopia Rectal: este procedimiento permite al médico examinar las paredes del tracto gastrointestinal inferior y, asimismo, estudiar órganos internos situados junto al tracto gastrointestinal.

Ecoendoscopia con PAAF: en algunos pacientes, puede utilizarse para obtener biopsias, denominadas biopsias profundas. Es decir, ubicadas por debajo de la mucosa, o en otros órganos como el páncreas o el pulmón, a los que, normalmente, una endoscopia común no tiene acceso. Estas muestras pueden ayudar al médico a determinar cuál es el tratamiento más adecuado. Se me ha entregado información escrita que explica la naturaleza y el propósito del procedimiento, en términos que yo he comprendido perfectamente. De lo contrario, tengo la posibilidad de solicitar una reunión con un especialista.

En la información escrita que recibí (folleto explicativo), se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento y me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han informado por escrito, que durante el transcurso del procedimiento diagnóstico o terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo al Dr. _____ y a sus colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud. Asimismo permito que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anesthesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico. El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse inter consultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el Dr. _____ al comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi 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. Asimismo, se deja constancia que en un 5% de los pacientes, a pesar de tener una patología, no se puede llegar a detectar, por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s.

En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20____.

Firma del/la médico/a tratante

Aclaración

Firma del/la paciente

Aclaración

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta del/la paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

A) Firma en su lugar _____ (nombre y apellido; documento, tipo y N°)

B) Lo hace en carácter de _____ (indicar el grado de parentesco)

Observaciones: _____

Firma del/la responsable

Nota: _____