



CENTRO MEDICO TEKNON

Vilana, 12 TEL. 93 290 62 00
08022 BARCELONA FAX: 93 211 26 90
informacion@cmteknon.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO COLONOSCOPIA

¿QUÉ ES LA COLONOSCOPIA?

La colonoscopia es una exploración que permite la observación detallada y completa del colon y del recto. Para realizarla se introduce un tubo flexible a través del ano, capaz de transportar luz e imagen, y se inyecta aire en el colon para favorecer su visualización. En el curso de la exploración, y si fuera necesario, se pueden tomar biopsias, extirpar pólipos mediante un lazo metálico aplicando corriente eléctrica bajo control, inyectar sustancias que permitan controlar hemorragias activas, o incluso dilatar estrechamientos del colon mediante dilatadores o colocando prótesis.

¿CÓMO DEBO PREPARARME?

La colonoscopia requiere una preparación previa que ya se le ha indicado, y que es muy importante, ya que de no estar correctamente preparado el colon, en ocasiones no se puede realizar la prueba y es necesario citarle otro día.

Aunque seguramente ya se le habrá solicitado, debe indicar a su médico si tiene alguna alergia, o si padece de alguna enfermedad cardiopulmonar. También es muy importante que nos notifique con anterioridad a la exploración si toma habitualmente anticoagulantes (por ejemplo, Sintrom), antiagregantes (por ejemplo: Adiro, Disgren, Tiklid, etc.) o antiinflamatorios (por ejemplo: Voltarén, Feldene, Inacid, etc., Aspirina u otros medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico) o si es portador de una prótesis cardíaca.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

La colonoscopia puede producir, de forma excepcional, algunas complicaciones, tales como dolor abdominal, perforación, hemorragia o alteraciones cardio-respiratorias, que en algún caso pueden requerir ingreso en la Clínica e incluso cirugía urgente.

Sé que el otorgar este consentimiento informado no supone ningún tipo de renuncia a mis derechos médico-legales de todo orden, así como también puedo anularlo en cualquier momento previo a la prueba.

El abajo firmante, declara haber sido informado debida y comprensiblemente por el facultativo responsable de su asistencia de los beneficios, riesgos y alternativas de la prueba, y estar de acuerdo con la realización de la misma, por lo que da su consentimiento libremente.

Paciente o representante

Nombre:
Firma:
D.N.I.:

Médico

Nombre:
Firma:
Nº Colg.:

Fecha: