



CENTRO MEDICO TEKNON

Vilana, 12

TEL. 93 290 62 00

08022 BARCELONA

FAX: 93 211 26 90

informacion@cmteknon.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

¿QUÉ ES LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA?

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

¿CÓMO DEBO PREPARARME?

La gastroscoopia requiere como preparación previa únicamente que venga Usted en ayunas, ya que de haber comido algo, la visualización de la mucosa es deficiente y el riesgo de aspiración bronquial es elevado por lo que no se puede realizar la prueba, siendo 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 gastroscoopia puede producir, de forma excepcional, algunas complicaciones, tales como dolor abdominal, aspiración bronquial, 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: