



Consentimiento informado a la ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Yo, el abajo firmante.....

Nacido el/...../....., Residente en

Tel / Email Email

Padre/Tutor del paciente.....

Declaro que he sido informado de forma comprensible, clara y exhaustiva sobre las indicaciones y métodos de ejecución de la ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) mediante la lectura del presente documento y un coloquio previo con el médico operador. La EGDS implica la introducción de un instrumento flexible desde la boca para explorar el esófago, el estómago y el duodeno.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR:

Pruebas diagnósticas y/o intervenciones terapéuticas de “bajo riesgo” (tal como se definen en las directrices italianas y europeas):

- **MUESTRAS HISTOLÓGICAS (biopsias);**
- **RESECCIÓN, POLIPECTOMÍA, ABLACIÓN de lesiones de tamaño estándar**

He sido informado de que el procedimiento está relacionado con algunos eventos adversos que pueden ser graves

- *hemorragia: <10% por procedimientos terapéuticos;*
- *perforación: 0,5% por pruebas diagnósticas, <2% por procedimientos terapéuticos*
- *mortalidad del 0,25%.*

He sido informado de que el estado clínico posterior al examen podría caracterizarse por algunas secuelas, en particular cirugía de emergencia y/o transfusión de sangre.

• **SEDACIÓN y ANALGESIA** dirigida a reducir el dolor/malestar con posibilidad de administrar fármacos antagonistas para obtener un despertar adecuado.

He sido informado de que la sedación moderada/profunda está asociada con el riesgo de sufrir eventos adversos específicos.:

- *Reacciones alérgicas (broncoespasmo e/o urticaria);*
- *o alteración de la presión arterial, frecuencia y ritmo cardíaco;*
- *paro respiratorio y/o cardíaco (0,001-0,003%) y mortalidad (<0,0003%).*

Si me someten a sedación/analgesia, he sido advertido de que sólo podré salir de la clínica si estoy acompañado por un adulto, que está prohibido conducir automóviles o vehículos a motor o realizar actividades que requieran un estado normal de conciencia/alerta durante las 12 horas siguientes.

Acepto que, si surgieran condiciones de necesidad durante el examen, el médico, a su discreción, podrá tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas distintas de las previstas.

He tenido el tiempo y la oportunidad para hacer todas las preguntas que consideré oportunas al respecto y obtuve respuestas exhaustivas que entendí plenamente y que me dejaron satisfecho.

De conformidad con lo que anteriormente me ha sido comunicado y en plena libertad de juicio,

OTORGO MI CONSENTIMIENTO

- **al tratamiento propuesto**, incluidas todas las maniobras relacionadas y complementarias, si bien es posible en todo momento - mediante declaración formal y motivada - modificar esta decisión;
- **al tratamiento de los datos personales**, después de haber sido informado de la legislación vigente en materia de confidencialidad de los datos personales y, en particular, de los datos sensibles de carácter sanitario y haber leído previamente el decreto legislativo. 196/2003.

Fecha

Firma del paciente/tutor

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Yo, el abajo firmante, Dr. Confirmo que el paciente ha comprendido plenamente lo anteriormente expuesto, incluyendo los aspectos administrativos y medicolegales, y que la indicación para el examen es la adecuada:

Indicación

Examen precedente

Comorbilidades

Familiaridad K

Terapia antitrombótica aspirina ☐; clopidogrel ☐; NAO ☐ ; warfarina ☐
 en curso ☐; suspendida ☐ desde n. días ; bridge to LMWH ☐

Firma Médico Firma Testigo

Yo, el abajo firmante, informado por el Dr.

NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO

Para la realización del examen endoscópico, a pesar de ser consciente de que mi negativa podría causar daños a mi salud si bien no me encuentre en peligro inminente para mi vida. Entiendo que, si mis condiciones de salud empeoraran, poniendo en peligro mi vida, los trabajadores sanitarios seguirán implementando todas las medidas necesarias para afrontar y resolver esta situación de conformidad con la normativa vigente.

Fecha

Firma del paciente/tutor