

Consentimiento informado

Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por el paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Declaro que se me han explicado claramente y he comprendido en forma satisfactoria las hipótesis diagnósticas y la evolución natural de cada una de mis enfermedades, y que se me ha informado que es conveniente proceder, en mi situación al procedimiento de Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada (CPER).

La CPER consiste en introducir un medio de contraste radiológico en la vía biliar y/o pancreática para su adecuada visualización, a través de un procedimiento de endoscopia oral. La gran mayoría de las veces este objetivo se cumple; en ocasiones la anatomía propia del paciente impide conseguirlo, lo cual ocurre en menos de un 5% de los casos.

Por medio de la CPER realizada con anestesia general, se pueden reconocer enfermedades en la vía biliar, vesícula e hígado, (cálculos, estrecheces, tumores) así como alteraciones del páncreas, (tumores, inflamaciones) en forma más eficiente que con técnicas radiológicas habituales. En caso de demostrarse la presencia de cálculo (s), tumor o estenosis de la vía biliar, es necesario realizar una papilotomía (corte en una parte del duodeno, con un bisturí eléctrico) para poder extraer el o los cálculos o bien instalar una endoprótesis para corregir la estrechez existente.

La CPRE no es solamente una endoscopia, sino un procedimiento quirúrgico mediante el uso de endoscopios, con evidentes beneficios y algunos riesgos. Por ser este un procedimiento quirúrgico son posibles, aunque muy infrecuentes, algunas complicaciones como: pancreatitis aguda, sangramiento, perforación del intestino, infección de la vía biliar (colangitis) u otras, o derivadas del uso del medio de contraste radiológico o de los medicamentos, pudiendo eventualmente ser necesaria una operación de urgencia. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves, o incluso ser causa de mortalidad.

Declaro que se me ha explicado y he comprendido en forma satisfactoria, que durante el curso del procedimiento pueden aparecer complicaciones que requieran modificar el procedimiento original. Al respecto autorizo al equipo médico para actuar de acuerdo a su criterio profesional y tratar toda complicación relacionada al procedimiento.

Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: