



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGETIVA BAJA COLONOSCOPIA

La endoscopia de colon, es un procedimiento que permite observar el interior de su organismo como el colon, recto y ano, para establecer si existe alguna enfermedad de estos órganos. En caso de encontrar alguna alteración o anormalidad es posible tomar muestra para después examinarla al microscopio u otro exámen para el diagnóstico preciso, por ejemplo, saber si las lecciones son tumorales, benignas, o malignas, inflamatorias, infecciones, etc.

Este exámen requiere tiempo para su realización por su dificultad, por lo cual es necesario colocar sedación (con monitorización), utilizando medicamentos para realizarla y así usted pueda tolerarlo mejor. Ser requiere su ayuda y colaboración todo el tiempo del exámen; cambio de posición, retener, avisar si siente molestia y permitir que la enfermera pueda comprimir el abdomen, lo cual ayuda a la realización completa del examen en mas de 80% de los casos.

Con este exámen rara vez puede aparecer complicaciones importantes como sangrado o perforaciones, menos de cuatro o cinco paciente de cada 1.000. La sedación puede causar complicaciones cardiacas o respiratorias imprevistas debidas a la medicación, especialmente en pacientes con enfermedades severas de estos órganos. Si alguna complicación sucede durante el exámen, se le comunica inmediatamente explicando la conducta a seguir. Si después del exámen presenta hemorragia, dolor intenso o cualquier otra complicación deberá asistir a su médico o a un servidor de urgencia de forma inmediata e informar el exámen que le fue práctico.

Este exámen es voluntario y usted podrá negarse a que se le haga en cualquier momento antes del mismo o durante el, sin que esto ocasione algún perjuicio.

Al asistir al exámen debe venir acompañado.

YO \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Certifico que he sido informado acerca del motivo del exámen, sus riesgos y complicaciones, que he entendido correctamente y las dudas e inquietudes fueron resueltas adecuadamente por lo cual autorizo que me practiquen el exámen.

Con sedación NO (  ) SI (  )

En Constancia firmo \_\_\_\_\_

Nombre del testigo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_