



FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA



Solicitamos a usted, lea atentamente este documento para que decida libremente si acepta o rechaza efectuarse el procedimiento indicado.

INFORMACIÓN ACERCA DEL PROCEDIMIENTO:

La Endoscopia digestiva alta consiste en introducir por la boca un tubo flexible (Endoscopia) conectado a una cámara a través de la cual el médico podrá ver en una pantalla de televisión, las imágenes de todo el esófago, estómago y duodeno. El procedimiento dura aproximadamente 15 minutos, pero puede prolongarse si se hace necesario tomar biopsias, tratar sangramientos, várices en el esófago o extraer pólipos. En el caso de los niños este procedimiento se realiza en el quirófano bajo sedación la que es administrada y controlada por un anestesista.

RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan son:

1. Irritación de la piel donde se administran los sedantes
2. Dolor de garganta.

Complicaciones poco frecuentes pero más graves son:

1. Perforación inadvertida de algún segmento examinado.
2. Sangramiento que no se puede controlar por esta vía, pudiendo requerir cirugía.

RIESGOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A SU CONDICIÓN CLÍNICA:

OTRAS ALTERNATIVAS:

Actualmente no existe una mejor alternativa para su diagnóstico o tratamiento, por lo que su médico considera que este procedimiento es lo más recomendado en su caso y confía en que el beneficio que obtendrá supera los posibles riesgos o complicaciones, que de presentarse, podrán ser atendidas en nuestra institución, la que dispone de las instalaciones, protocolos de atención y personal calificado para detectarlas y tratarlas oportunamente.



FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA



Habiendo leído el presente documento, declaro que:

He recibido y comprendido la información sobre el procedimiento que se me va a realizar, así como los riesgos y molestias que produce.

He podido hacer preguntas y aclarar mis dudas.

He sido informado que puedo revocar mi consentimiento antes del procedimiento, sin que esto perjudique mi atención.

En consecuencia, (por favor marque con una cruz su elección)

Doy mi consentimiento para la realización del procedimiento

☐

Rechazo la realización del procedimiento

☐

Nombre y Apellidos del Paciente	Rut	Firma Paciente

Nombre y Apellidos Representante	Parentesco	Firma Representante
	Rut	

Nombre y Apellido del Profesional	Rut	Firma del Profesional

FECHA APLICACIÓN: