



FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA
ENDOSCÓPICA



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

INFORMACION ACERCA DEL PROCEDIMIENTO:

La Colangiopancreatografía retrograda endoscópica es un procedimiento mediante el cual se pueden reconocer enfermedades en la vía biliar, vesícula y conducto pancreático. Entre las enfermedades más frecuentes se encuentran los cálculos del principal conducto biliar (colédoco), estrecheces, y tumores de este conducto como también del conducto pancreático.

En caso de encontrarse alguna de estas situaciones, es posible efectuar inmediatamente el tratamiento, extrayendo los cálculos o dilatando la estrechez mediante la instalación de una prótesis biliar (tubo pequeño).

Para realizar este procedimiento es necesario llegar a la zona biliar y para ello se debe efectuar un pequeño corte con bisturí a través de la piel en la zona abdominal. Por tal razón, éste procedimiento es considerado como un procedimiento de cirugía, que se realiza en Pabellón o en sala de Rayos, utilizando sedación y un medio de contraste.

RIESGOS Y COMPLICACIONES:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, ningún procedimiento está absolutamente libre de riesgos.

En este caso, las complicaciones se presentan en promedio en 5 de cada 100 personas sometidas al examen, y son:

1. Pancreatitis Aguda.
2. Infección.
3. Perforación del intestino delgado con hemorragia.
4. Reacciones adversas a los sedantes y/o medio de contraste utilizado en el procedimiento.

RIESGOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A SU CONDICIÓN CLÍNICA:



FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA
ENDOSCÓPICA



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.

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 se asocian a él.

He podido hacer preguntas y aclarar mis dudas.

He sido informado que puedo revocar mi consentimiento antes de la intervención, 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: