

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA GASTROSCOPIA

Don/Doña.....  
de..... años de edad, con domicilio en ..... y DNI número .....

Don/Doña.....  
de..... años de edad, con domicilio en ..... y DNI número .....  
en calidad de .....(representante legal, familiar o allegado) de  
Don/Doña.....

### DECLARO

Que el Dr/Dra ..... con número de colegiado .....  
me ha explicado que en mi situación es conveniente proceder, en mi situación, a una **PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA (GASTROSCOPIA)**.

1. Es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno), con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.
2. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación o la utilización de un anestésico tópico en spray para facilitar el trabajo el trabajo de los médicos, disminuir los riesgos y mejorar la tolerancia de los pacientes, pues experimentarán una sensación nauseosa. A veces puede ser necesario el concurso de un anestesista. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación y de la anestesia tópica.
3. Con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) se introduce un endoscopio por vía oral (a través de un abrebocas) progresando por el esófago, el estómago y el duodeno y examinando la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico.
4. Comprendo que a pesar de la correcta elección de la técnica y su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables específicos como imposibilidad para lograr los objetivos propuestos, la hemorragia, la perforación, la aspiración y el dolor. Además existen otros riesgos generales debidos a la endoscopia como son la hipotensión, náuseas y vómitos, y algunos excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, peritonitis, neumoperitoneo, depresión o parada respiratoria, ACVA (accidente cerebrovascular agudo) y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
5. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, ..... ) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como por ejemplo \_\_\_\_\_
6. El médico me ha explicado también las posibles técnicas o procedimientos alternativos.
7. En mi caso existe un **riesgo específico** como consecuencia de los siguientes problemas clínicos:  
\_\_\_\_\_

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

8. He sido informado del estado de Pandemia por Coronavirus, de que existen incertidumbres sobre el comportamiento clínico de la enfermedad y de la precisión diagnóstica de los test. Se me ha informado que me aplicaran las medidas de protección que estaban en los protocolos, pero soy conocedor de que no existe, un riesgo cero de la transmisión de la enfermedad.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

**CONSENTIMIENTO**

Yo D./Dña. \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que sea realizada una **PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA (GASTROSCOPIA)**.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según disponen los artículos 8,9 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. \_\_\_\_\_

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

TESTIGO	PACIENTE	MÉDICO	REPRESENTANTE LEGAL
DNI	DNI	Nº Colegiado	DNI

**DENEGACIÓN O REVOCACIÓN**

(Táchese la que no proceda)

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese la que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de ésta decisión.

TESTIGO	PACIENTE	MÉDICO	REPRESENTANTE LEGAL
DNI	DNI	Nº Colegiado	DNI

En Murcia a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_