

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO

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 a un **estudio con CÁPSULA
ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO**.

1. La cápsula endoscópica es un dispositivo especialmente diseñado para el estudio de la mucosa del intestino delgado. Este procedimiento implica la ingestión de una pequeña cápsula que recorre de forma natural el tubo digestivo a la vez que va recogiendo imágenes del mismo. Dichas imágenes son enviadas a unos sensores incluidos en un cinturón y que están a su vez conectados a un registrador que almacena las imágenes. Finalizada la exploración, habitualmente transcurridas unas 10 horas, este registrador se conecta a una estación de trabajo que permitirá el procesamiento de todos los datos. La cápsula será excretada de forma natural por los movimientos intestinales. En el caso extremadamente infrecuente de que no la excrete de forma natural, podría experimentar dolor abdominal, náuseas y/o vómitos y podría necesitar un tratamiento específico (medicamentos, endoscopia o cirugía) según el caso.
2. Es importante que antes de la exploración informe a su médico sobre posibles antecedentes o problemas relacionados con la deglución (dificultad al tragar), cirugía abdominal previa o episodios previos de obstrucción intestinal.
3. Si posteriormente se va a realizar una resonancia magnética nuclear y no tiene seguridad de haber expulsado la cápsula, debe realizarse una radiografía simple de abdomen antes, para descartar su presencia en el tubo digestivo.
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 por un defecto técnico, la obstrucción de la vía aérea, dolor abdominal, vómitos u obstrucción intestinal, y algunos excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (accidente cerebrovascular agudo), que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
5. Existe un mínimo porcentaje de pacientes en los que la cápsula no es capaz de pasar por el píloro quedando retenida en estómago el tiempo que dura la exploración. En dicho caso habría que repetir el estudio.
6. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación. También se 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.....

7. El médico me ha explicado también las posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje pequeño de los pacientes podría no conseguirse el diagnóstico perseguido. En ocasiones la exploración puede ser incompleta por la presencia de contenido intestinal o por problemas técnicos en la recogida o transmisión de imágenes.
8. 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.

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 de la técnica.

Y en tales condiciones

CONSENTO

que se me realice un estudio de CÁPSULA ENDOSCÓPICA

En Murcia, a de de 2.....

Fdo: EL MÉDICO (NºCº) Fdo: EL PACIENTE

Fdo: EL REPRESENTANTE LEGAL