

## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA**

1. La panendoscopia oral diagnóstica es una técnica endoscópica cuyo propósito es la visualización de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago, y duodeno) con la finalidad de poder diagnosticar diferentes enfermedades que afecten este trayecto.
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 anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación y de la anestesia tópica.
3. La prueba se realiza, habitualmente con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un abrebocas), se visualiza la pared del esófago, estómago y duodeno. En el mismo acto pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su estudio y efectuar técnicas especiales como coagulación con argón u otras sustancias esclerosantes para cohibir hemorragias y en otros casos extraer cuerpos extraños impactados en esófago o en estómago con unas pinzas especiales.
4. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos poco frecuentes, como hemorragia, perforación, infección, aspiración, hipotensión, náuseas, y vómitos, o excepcionales como arritmias o parada cardíaca, depresión, o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo) y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.
5. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También 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 \_\_\_\_\_
6. El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos.

**SI TIENE CUALQUIER DUDA PREGUNTE, NOSOTROS LE INFORMAREMOS PERSONALMENTE**

## ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA

FECHA:...../ ...../ .....

D./Dña/.....  
..... (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE) D.N.I.: .....,  
CIP:.....D./Dña/.....  
.....(NOMBRE Y  
APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA CON OTRA  
VINCULACIÓN DE HECHO (en caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar,  
ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con  
que interviene (padre, madre, tutor, etc.) D.N.I.: .....

*NOMBRE DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA:*

D./Dña/.....  
Nº COLEGIADO: .....

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento firmando la denegación/revocación si llegara el caso.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

### DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional