FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ BUGA Servicio Amable y Seguro	**CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**	**CODIGO: FOR/3217/002-17** **FECHA DE EMISION: 24/11/2017** **ACTUALIZACIÓN: 10/07/2019** **VERSION: 003**

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE EN SOLICITAR CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:

NOMBRE: Tomas Gonzalez Zapata **N° DOCUMENTO:** 1150684514

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor Pedro Nuevo y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

- Esofagogastroduodenoscopia ___X___
- Ligadura de varices esofágicas _____
- Extracción de cuerpo extraño en esófago _____
- Polipectomía endoscópica gástrica _____
- Control Endoscópico de Sangrado Activo _____
- Gastrostomía Percutánea endoscópica _____

Bajo sedación Endovenosa SI X NO____
Con anestesia local SI____ NO____

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ BUGA Servicio Amable y Seguro

¿CÓMO SE REALIZA?

Una vez firmado el consentimiento informado el personal le invitará a retirare gafas, dentaduras postizas, objetos de valor, etc. Si su procedimiento es con anestésico local, se aplica en la garganta el anestésico para facilitar la exploración. Si su procedimiento es bajo sedación deberá tener una previa valoración de anestesia donde se le inyectará un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (Gastroscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. La exploración endoscópica durará entre 5 y 15 minutos, no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata inmediatamente

durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquelo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorrespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.
- El medicamento utilizado puede causar cualquier reacción alérgica o alguno de sus efectos adversos.
- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental debido al uso de la boquilla o por la condición de salud del paciente.

¿QUÉ PREPARACIÓN SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelos con poca agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.
- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que tenga un acompañante después de la exploración y posterior salida de la sala de Endoscopias.
- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.

MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

FUNDACION Hospital San José Servicio Amable y Seguro

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible): X Tomás González Zapata
Documento de identidad: X 1150684514
FIRMA:

ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO: X Claudia Nancy Zapata
Documento de identidad: X 29785203
FIRMA:

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, Doctor Pedro Nieves he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

PEDRO NIEVES OVIEDO MD
MEDICINA INTERNA
GASTROENTEROLOGIA
R.M. 15037

FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA

FECHA: 16-06-2022

FUNDACIÓN HOSPITAL San José Amable y Seguro Buga	**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**	**CODIGO: FOR/3211/015-14** **FECHA DE EMISION: 04/03/2016** **ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016** **VERSION: 002**

Yo, Tomas Gonzalez Zapata, mayor de edad identificado con el documento de identidad 1150684514 de San Pedro, actuando en nombre propio o como representante legal de _____ identificado con el documento de identidad _____ de _____, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anestesiólogo _____, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) Osvaldo Arias Arango MD. ANESTESIÓLOGO C.C. 94.282.340 T.P. 762161 me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, la técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y/o complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasmo, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.

2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: BRONCO ASPIRACIÓN - PARO CARDIORESPIRATORIO

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.

5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

X Tomás Gonzalez Zapata
Nombre y Firma del Paciente o representante

Firma del medico: Osvaldo Arias Arango MD. ANESTESIÓLOGO C.C. 94.282.340 T.P. 762161

Legal (parentesco y/o relación)

Tipo y Número de Documento: X TI. 1150684514

X Claudia Nancy Zapata
Nombre y Firma del Testigo

Fecha: 16/06/2022

Tipo y Número de Documento: X29785283

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado