	DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Número de documento: HD-FR-756 Fecha de publicación: 16.12.2023
	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESOFAGOGAASTROSCOPIA	Revisión No: 00 Fecha de revisión: Número de página:1/2

Nombre-Apellido del Paciente:

Fecha:

Protocolo No:

### INFORMACIÓN SOBRE DIAGNÓSTICO:

La esofagogastroscoopia es el proceso de examinar el esófago y el estómago con un instrumento llamado esofagogastroscopio; La esofagogastroscoopia se realiza para examinar el esófago, el estómago y, si se desea, la parte inicial del duodeno y el intestino delgado, tomar muestras, extraer objetos extraños y administrar medicamentos a los vasos agrandados del esófago y el estómago.

### INFORMACIÓN SOBRE EL MANEJO DEL TRATAMIENTO:

Tu doctor ..... evaluará su esófago, estómago y duodeno (la primera parte del intestino delgado). Para ello, el médico utilizará un dispositivo delgado y flexible llamado endoscopio. De esta manera, sus contenidos se pueden ver en la pantalla de video. Este proceso dura aproximadamente entre 5 y 10 minutos. Estos períodos varían dependiendo del estado del paciente.

El procedimiento comienza rociando anestesia local (medicamento) en la garganta mediante un aerosol. Si su médico considera necesario que usted se relaje, también puede administrarle un sedante intravenoso. Luego, se acostará sobre su lado izquierdo y el médico hará avanzar el endoscopio hacia el esófago, el estómago y el comienzo del intestino delgado. El endoscopio no causa ningún problema con la respiración. La mayoría de los pacientes experimentan algunas molestias durante la prueba y la mayoría duerme.


Su médico puede extraer pequeños trozos de piel del esófago, el estómago o el duodeno para realizar un examen patológico.

### COMPLICACIONES Y RIESGOS DEL TRATAMIENTO:

- Desgarro (perforación) en la pared del esófago, estómago o duodeno. Esto es poco común y es posible que se requiera cirugía. En consecuencia, es posible que permanezca en el hospital durante mucho tiempo.
- Sangrado del sitio donde se tomó la biopsia o de donde se extrajo el pólipo. Suele ser una cantidad pequeña y normalmente se detiene con un endoscopio. En raras ocasiones, es posible que se requiera cirugía para detener el sangrado.
- La infección pulmonar no es común y generalmente ocurre como resultado de que el vómito ingresa a los pulmones.
- El tiempo de procesamiento puede ser mayor debido a problemas internos o problemas técnicos.
- También existe una posibilidad muy rara de pasar por alto un trastorno o enfermedad relacionada con su enfermedad.
- Otros posibles riesgos son el desarrollo de alergias a tranquilizantes y el riesgo de enfermedades pulmonares o cardíacas.
- La muerte puede ocurrir dependiendo del riesgo del procedimiento, pero es muy raro.

### RIESGOS SIGNIFICATIVOS Y OPCIONES DE TRATAMIENTO APROPIADAS:

El médico me explicó los riesgos y problemas específicos que podrían ocurrir si algo saliera mal. El médico explicó las opciones de tratamiento adecuadas, así como los riesgos que pueden ocurrir si no se realiza el procedimiento. También entiendo que puede haber tratamientos alternativos. No quiero seguir discutiendo

	DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Número de documento: HD-FR-756 Fecha de publicación: 16.12.2023 Revisión No: 00 Fecha de revisión: Número de página:2/2
	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESOFAGOGAASTROSCOPIA	

estos riesgos y opciones de tratamiento con el médico del hospital. También soy consciente de los riesgos que correrán si la transacción no se lleva a cabo.

#### **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:**

Me dieron un formulario de información del paciente y lo leí. Entiendo los riesgos y posibles consecuencias de este procedimiento. Soy consciente de que existen otras opciones de tratamiento disponibles y que también tienen riesgos. Sé los riesgos que enfrentaré si este proceso no ocurre.

Me dieron la oportunidad de programar una cita con mi médico para poder hacer preguntas sobre mi condición, el procedimiento y sus riesgos, y mis opciones de tratamiento. No tengo ninguna pregunta que discutir con los médicos del hospital.

Sé que si ocurre una emergencia, es posible que me administren sangre durante el procedimiento.

Sé que un médico que no sea un médico especialista y que tenga formación avanzada en este campo puede realizar este procedimiento. Entiendo que recibiré el tratamiento adecuado si ocurren eventos inmediatos que pongan en peligro mi vida durante el procedimiento. No me han dado ninguna garantía de que el procedimiento mejorará mi condición y sé que el procedimiento puede empeorar mi condición.

He leído este formulario conscientemente, sin necesidad de explicaciones adicionales, sin presión alguna, y al firmar este formulario de consentimiento doy permiso para que se realicen los trámites necesarios.

Nombre y apellido del paciente:

Firma:

Fecha y hora:

#### **DECLARACIÓN DE UN TESTIGO**

Soy testigo de la firma del paciente.

Proporcione al paciente/familiar que toma decisiones en nombre del paciente la oportunidad de discutir cualquier problema con el médico del hospital. Soy de la opinión de que el paciente/familiar que toma la decisión en nombre del paciente comprende la información anterior.

Nombre y apellido del testigo:

Firma:

Fecha y hora:

Se han dado explicaciones adecuadas y satisfactorias al paciente/familiar del paciente cuyo nombre está escrito arriba sobre mi enfermedad, el procedimiento a realizar, el motivo y beneficios de esta intervención, los cuidados requeridos después de la intervención, los riesgos esperados, el tipo de anestesia a aplicar si es necesario para la intervención, y los riesgos y complicaciones de la anestesia. El paciente/familiar del paciente ha leído y firmado este formulario con su propio consentimiento, indicando que ha sido adecuadamente informado sobre su ingreso.

Nombre y Apellido del Médico:

Firma:

Fecha y hora: