

Yo (Nombre y Apellido) _____
DNI: _____ declaro en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado por el Dr./a.: _____ sobre el siguiente procedimiento endoscópico (marcar el que corresponda):

- ☐ **Ecoendoscopia Digestiva Alta:** este estudio permite al médico examinar las paredes del tracto gastrointestinal superior y estructuras extra-gastrointestinales que se encuentran en el tórax y el abdomen. También se utiliza para estudiar órganos internos situados junto al tracto gastrointestinal, como mediastino no posterior y mediastino medio, ubicados en el tórax, y la cavidad retroperitoneal, ubicado en el abdomen.
- ☐ **Ecoendoscopia Biliopancreática:** consiste en la evaluación de tres órganos, que están ubicados en el abdomen: el páncreas, la vesícula y el colédoco, en toda su extensión incluyendo la evaluación de la porción terminal denominada papila.
- ☐ **Ecoendoscopia Rectal:** este procedimiento permite al médico examinar las paredes del tracto gastrointestinal inferior y, asimismo, estudiar órganos internos situados junto al tracto gastrointestinal.
- ☐ **Ecoendoscopia con PAAF:** en algunos pacientes, este método PAAF (punción aspiración con aguja fina) puede utilizarse para obtener biopsias, denominadas biopsias profundas; es decir, ubicadas por debajo de la mucosa o en otros órganos como el páncreas o el mediastino, a los que, normalmente, una endoscopia común no tiene acceso. Estas muestras pueden ayudar al médico a determinar cuál es el tratamiento más adecuado.

Se me ha entregado información escrita (folleto) que explica la naturaleza, el propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento, en términos que yo he comprendido adecuadamente. Se me ha dado tiempo suficiente para leer la información, y se me han brindado las respuestas a todas las preguntas que formulé. También me han comunicado que, entre las posibilidades de efectos adversos y/o secuelas, se encuentran las siguientes: dolor abdominal, infección, pancreatitis y perforación de víscera hueca, esta última de resolución con cirugía.

Se me han explicado, como procedimientos alternativos, los siguientes: Tomografía Computada, Ecografía abdominal, Resonancia Nuclear Magnética y PET TC topográfica con emisión de positrones. Estos exámenes se realizan sin anestesia y, por ser estudios diagnósticos, no brindan la posibilidad de efectuar tomas biopsia y/o punción aspirativa de las lesiones halladas y, por lo tanto, quitan la posibilidad técnica de informar -con mayor precisión- la ubicación anatómica y decidir acerca de la conducta terapéutica a seguir.

Por último, he sido informado/a acerca de las consecuencias, ciertas o previsibles, de la NO realización del procedimiento propuesto o de su alternativa -arriba mencionada- que dejarían libradas las lesiones a su natural evolución.

Autorizo al Dr./a.: _____ a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estime conveniente en toda situación de emergencia que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los medicamentos necesarios y de anestesia y de transfusión de sangre.

Asimismo, autorizo que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo durante el acto médico. El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan, de acuerdo con la ley N° 25326 de Protección de Datos.

Autorizo al Dr./a.: _____ a contactarme en la eventualidad que exista algún estudio clínico que pueda resultar beneficioso para el control y/o tratamiento de la enfermedad que padezco, en el entendimiento que en dicho caso deberé, si así lo deseara, suscribir un consentimiento específico para el estudio en que se me ofrezca participar voluntariamente.

Del mismo modo, autorizo al Dr./a.: _____ a la toma de muestras durante el procedimiento para realizar estudios cito-histo-anátomo-patológicos, comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico a partir del estudio de dichas muestras, a su vez me comprometo a contactarme con el laboratorio de anatomía patológica, para retirar el resultado de los estudios y entregarlos personalmente a mi médico tratante.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará y entendiendo completamente las explicaciones que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s señalados precedentemente.

En el momento en que suscribo el presente, dejo constancia de que puedo solicitar una copia de este consentimiento como así también de la información por escrito del procedimiento endoscópico al que voluntariamente me someto.

Asimismo, doy mi conformidad para el envío de informes y recepción de resultados por e-mail a la casilla _____@_____.

Dicha casilla de correo es personal y administrada por mí exclusivamente. Acepto el eventual envío de los informes al médico solicitante. Dr./Dra.: _____.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 _____.

FIRMA y aclaración del MÉDICO RESPONSABLE
SELLO

FIRMA y aclaración del PACIENTE
DNI N°

(*) FIRMA y aclaración del RESPONSABLE
DNI N°
GRADO DE PARENTESCO

(*) En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por el pariente más cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que uno de los padres firme también.