

CONSENTIMIENTO INFORMADO



VIDEO CÁPSULA ENDOSCÓPICA (VCE)

Yo (Nombre y Apellido) DNI:	declaro en forma libre y voluntaria que he	e sido ampliamente informado por el Dr./a.:
	sobre la <u>Video Cápsula E</u>	
Que se trata de un estudio que permite evaluar las una pequeña cámara de video, en forma de cá transmitidas a sensores colocados en mi abdomer imágenes. Transcurridas, aproximadamente 8 ho posteriormente, con normalidad al defecar.	psula, que recorre todo el tracto digestivo con parches adhesivos, los cuales están c	o en forma natural. Dichas imágenes son conectados a un grabador que almacena las
Se me ha entregado información escrita (folle procedimiento, en términos que yo he comprendido brindado las respuestas a todas las preguntas que f	adecuadamente. Se me ha dado tiempo su	
También me fue informado que, en algunas circo retrasan notablemente el transito gastrointestinal y estudio. Semaglutide (Ozempic ®), Liraglutide (Sat	demoran el estudio. He consultado con mi	médico tratante para la suspensión previa al
Se me ha informado que el posible evento adver obstrucción del intestino delgado, que requeriría u transcurso de este procedimiento diagnóstico, cie como ser la realización de una Endoscopía para reu	una solución endoscópica o quirúrgica. Tam rtas condiciones imprevistas de mi organis	nbién se me ha comunicado que, durante el
Se me han explicado los procedimientos alternativo alternativas son: la Enteroscopía con balón, la Ente		
Por último, he sido informado/a acerca de las conse alternativas -arriba mencionadas- que dejarían libr		ización del procedimiento propuesto o de sus
Por lo tanto, autorizo al Dr./a.: realicen los procedimientos que resulten convenien	tes para el beneficios de mi salud.	y a sus colaboradores, a que se
El profesional actuante puede, en todo momento alcanzar el resultado diagnóstico- terapéutico espactuante lo considera necesario.		
Declaro que no se me han garantizado los resultad a mi historia clínica para fines científicos que sean que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de no se revele mi identidad a través de las imágene Protección de Datos.	utilizados a beneficios de la comunidad, y/o mi cuerpo, para fines médicos, de investiga	o que se fotografíe o grabe el procedimiento ción científica o educativa, siempre y cuando
Asimismo, se deja constancia de que en un 5-10% deficiente preparación-, ubicación en áreas llamada	de los pacientes, a pesar de tener una patol as ciegas o agotamiento de las baterías.	ogía, no se puede llegar a detectar –por:
Autorizo al Dr./a.:eventualidad que exista algún estudio clínico qu padezco, en el entendimiento que en dicho caso d me ofrezca participar voluntariamente.	e pueda resultar beneficioso para el cont eberé, si así lo deseara, suscribir un consen	a sus colaboradores a contactarme en la trol y/o tratamiento de la enfermedad que timiento específico para el estudio en que se
También consiento entregar en tiempo y forma el tengo que volver a la sede aproximadamente 8 a extra que deberé afrontar.		
Entonces, habiendo recibido toda la información r explicaciones que me fueron dadas, dejando cor consentimiento para que se me realice el/los estudi	nstancia de que pude hacer preguntas y	
En el momento en que suscribo el presente. Dejo co la información por escrito del procedimiento endos	onstancia de que puedo solicitar una copia c cópico al que voluntariamente me someto.	le este consentimiento como así también de
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 Dr./Dra:		envío de los informes al médico solicitante.
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