

CONSENTIMIENTO INFORMADO

/ /

CÁPSULA PATENCY

Apellido y Nombre: DNI:

Edad: Fecha de nacimiento: / /

Médico que leerá la cápsula

Estimado paciente:

Se le recuerdan algunas consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

Un consentimiento informado es el permiso que otorga el paciente o su familia para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/ o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Expresión de Consentimiento Informado para el estudio de permeabilidad intestinal mediante cápsula Patency:

Luego de haber sido suficientemente informado respecto de:

1. Se me ha indicado realizar un estudio para evaluar la permeabilidad del intestino delgado ya que requiero que el mismo sea estudiado mediante cápsula endoscópica.
2. La conveniencia de que se me efectúe este estudio radica en que existe la sospecha que el calibre de mi intestino se encuentra disminuido, y esto conllevaría al riesgo de que la cápsula endoscópica genere una oclusión intestinal.
3. La cápsula PillCam Patency para prueba de permeabilidad se puede ingerir por vía oral y es soluble. Se compone de un cuerpo que rodea una pequeña etiqueta de identificación radio opaca interna. Éste cuerpo está revestido de una membrana impermeable, a excepción de dos aberturas pequeñas por las que penetran los fluidos gastrointestinales para hacer posible la desintegración lenta del cuerpo de la cápsula.

La permeabilidad del tracto gastrointestinal queda establecida cuando se puede demostrar que la cápsula ha sido expulsada de manera intacta del cuerpo antes de transcurridas 30 horas desde su ingestión. En la mayoría de los pacientes, la cápsula se disuelve entre 30 y 100 horas, y los pequeños fragmentos residuales de la cápsula pasan por orificios pequeños para ser eliminados.

4. Se me informa que las eventuales alternativas existentes al procedimiento aconsejado son: la enteroscopia, la radiografía de intestino delgado de doble contraste, la enterografía por tomografía o por resonancia magnética. Estas alternativas no son iguales a lo que informa la cápsula endoscópica, e incluso estos estudios descritos pueden, en algunos casos, ser complementarios a la misma.
5. En caso de que presente una estenosis intestinal conocida o probable, existe la posibilidad de obstrucción intestinal debido a la impactación de la cápsula Patency en

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CÁPSULA PATENCY

el lugar del estrechamiento. Esto podría ocurrir en el primer o segundo día después de ingerida la cápsula. En este caso, podría requerir una descompresión del intestino hasta la desintegración de la cápsula, o en muy pocos casos una intervención quirúrgica. Los síntomas de obstrucción intestinal son: dolor abdominal intenso tipo cólicos, náuseas y vómitos. Es preciso que nos contacte, si usted presenta dichos síntomas en cualquier momento entre la ingestión de la cápsula y su excreción.

6. No se puede realizar estudio de Resonancia Magnética hasta que la cápsula no haya sido eliminada.

7. Luego de la ingesta de la cápsula Patency, puedo volver a ingerir líquidos y sólidos, así como reiniciar mi actividad normal.

8. Después de haber tenido oportunidad de efectuar todas las preguntas respecto del procedimiento aconsejado que he considerado apropiadas según mi propia capacidad de comprensión de los temas médicos, dejo constancia que:

A. Presto mi consentimiento informado respecto de la realización del procedimiento aconsejado asumiendo todos los riesgos a que hace referencia el presente documento, sin que ello implique la renuncia de los derechos en el Código Civil y Comercial de la Nación.

B. Presto mi consentimiento informado respecto de la realización de todas las prácticas no previstas cuya necesidad sea determinada durante la realización del procedimiento aconsejado, o se presenten como consecuencia de complicaciones, y respecto de las cuales no es posible requerir un consentimiento especial.

C. Presto conformidad a realizar exámenes complementarios que sean necesarios o convenientes.

D. Me comprometo a cumplir con las indicaciones terapéuticas que los médicos que me asistan me indiquen, incluyendo la necesidad o conveniencia de que se me suministren determinados medicamentos.

E. De la misma manera soy informado y acepto que ciertos y determinados datos personales de mi Historia Clínica podrán ser tratados por la Institución con finalidades académicas, estadísticas o científicas relativas al ámbito de la salud, garantizando la institución (en su carácter de responsable del Banco de Datos) que los mismos no permitirán la identificación de su titular. Lo precedentemente descripto se realizará en concordancia con lo establecido por la Ley 25326. Asimismo, en el marco de la ley citada se le informa que Ud. tiene derecho de acceso, rectificación y supresión de los datos referidos.