

PREPARACIÓN PARA VIDEORECTOSIGMOIDEOSCOPIA

Para la realización del estudio deberá concurrir a: _____

Su turno es el día: ____ / ____ / ____

- Si el estudio se realiza con anestesia, debe asistir acompañado por un adulto responsable y no podrá conducir vehículos durante las 12 horas posteriores a la realización del examen.
- Por favor, no olvide traer la credencial de su obra social o medicina de prepaga, la orden original (verificar la vigencia de la misma -30 días-) y consultar en su prepaga u obra social si es necesario autorizar la orden de la práctica a realizar.
- Asimismo, recuerde traer estudios anteriores.
- *Sin estos requisitos no se podrá efectuar su estudio.*

LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES

- ✓ **Colocarse un Enemol 2 horas antes del estudio.**
- ✓ **Si su estudio es con anestesia, concurra habiendo completado un mínimo de 6 horas de ayuno (de sólidos y líquidos).**

INSTRUCCIONES ADICIONALES

- No es necesario suspender ningún tipo de medicación a excepción de los suplementos de hierro por boca, los cuales necesitan ser interrumpidos 3 días antes del estudio.
- Si usted está anticoagulado o toma algún antiagregante plaquetario (ver listado de drogas -principios activos- a continuación), debe traer, por escrito, la indicación de su médico clínico, hematólogo o cardiólogo en donde explique la conducta a seguir con estos medicamentos: cuándo suspender, reanudar y si usted se encuentra apto para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. Este requisito es indispensable.

ANTIAGREGANTES

CLOPIDOGREL
PRASUGREL

ANTICOAGULANTES

WARFARINA
ACENOCUMAROL
RIVAROXABAN
DABIGATRAN

OTROS ANTIAGREGANTES

TICLOPIDINA
DIPRIDAMOL
TIROFIBÁN
EPTIFIBATIDE
ABCIXIMAB

- Si es diabético y está medicado con hipoglucemiantes, insulina o tiene insuficiencia renal o cardíaca, debe consultar previamente a su médico de cabecera.
- Si bien estar embarazada no es un impedimento, si lo está o cree estarlo, debe comunicarlo al médico que realizará el estudio.
- Recuerde que debe completar un formulario de evaluación de salud ("Cuestionario para el Paciente") y firmar un consentimiento informado previo a la realización del examen.

Por favor, tenga en cuenta que ante una eventual demora en brindarle nuestros servicios, la misma corresponderá a la naturaleza del acto médico que realizamos (en ocasiones imprevistos) y a los esfuerzos que hacemos para brindar la mejor calidad de atención posible a cada uno de nuestros pacientes. Muchas gracias.

FECHA

Nombre y Apellido: _____

E-mail: _____ D.N.I.: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____ Tel: _____

Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____

Cobertura de Salud: _____ N° de Afiliado: _____

Estudio a Efectuar: _____ Médico que lo deriva: _____

¿Cómo se afilió a su cobertura médica? En forma particular Me la brinda mi trabajo **POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:**¿Ha tenido presión arterial alta? _____ SI NO NO SABE ¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo?: _____ SI NO NO SABE ¿Padece diabetes? _____ SI NO NO SABE ¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda qué tipo?: _____ SI NO NO SABE ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos: _____ SI NO NO SABE ¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas fácilmente? _____ SI NO NO SABE ¿Sufre de úlceras, gastritis o acidez? _____ SI NO NO SABE ¿Ha recibido transfusiones? _____ SI NO NO SABE ¿Padece alguna enfermedad transmisible? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida?: _____ SI NO NO SABE

Enumere las operaciones que tuvo, el año y si lo durmieron por completo o de forma parcial:

¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones? _____ SI NO NO SABE ¿Por qué le piden el estudio? _____ SI NO NO SABE

¿Tiene antecedentes de familiares con pólipos o tumor de colon? ¿Quién? ¿A qué edad?:

¿Qué medicamentos o drogas toma en forma habitual? _____ SI NO NO SABE ¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios? _____ SI NO NO SABE ¿Está tomando anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios? _____ SI NO NO SABE ¿Sufre de otras enfermedades? ¿Cuáles?: _____ SI NO NO SABE

Califique el grado de ansiedad por el procedimiento, de 1 a 10: _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Toma estrógenos? _____ SI NO NO SABE ¿Puede estar embarazada? _____ SI NO NO SABE Firma y aclaración del
PACIENTE - DNI(*) Firma y aclaración del
REPRESENTANTE LEGAL - DNI

(*) En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el cuestionario será firmado por el pariente mas 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 unos de los padres firme también.

Yo (Nombre y Apellido) _____,
DNI: _____ declaro en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado por el Dr./a.:
_____ sobre la Videocolonoscopia Diagnóstica / Terapéutica.

Que es un procedimiento endoscópico que permite examinar el colon con el objetivo de detectar alteraciones de la mucosa. Se utiliza un tubo delgado y flexible, llamado colonoscopio, que posee una lente propia y cámara de televisión integrada a un circuito computarizado digital. El mismo es introducido por el ano para la visualización de la mucosa colónica y la toma de fotografías correspondientes a los hallazgos o biopsias y eventuales maniobras de tratamiento.

Se me ha entregado información escrita (folleto) que explica la naturaleza, el propósito, sus beneficios, los riesgos y otras 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 he formulado.

También me han comunicado que, entre las posibilidades de efectos adversos y/o secuelas, se encuentran las siguientes: sangrado del sitio de la biopsia o del lugar de donde se extrajo un pólipo; generalmente, esto es mínimo y no tiene consecuencias, mientras que la perforación o laceración intestinal pudiera requerir cirugía reparadora. Asimismo, tengo presente que podrían aparecer algunos signos de alarma tales como: fiebre, escalofríos y dolor abdominal.

Se me han explicado los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios, en relación con el procedimiento propuesto. Dichas alternativas son: Colon por Enema y Colonografía Virtual por Tomografía Computada. Ambos exámenes se realizan sin anestesia y, por ser estudios diagnósticos, no brindan la posibilidad de efectuar maniobras terapéuticas simultáneas.

Por último, he sido informado/a acerca de las consecuencias, ciertas o previsibles, de la NO realización del procedimiento propuesto o de sus alternativas -arriba mencionadas- que sería quitarme la posibilidad de prevenir una posible enfermedad colónica dejándola librada a su natural evolución.

Autorizo, además, 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 por razones fundadas, 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.

Asimismo, se me ha informado y he comprendido que en un 5% de los casos, a pesar de tener una patología, no se puede llegar a detectar, por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

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, especializados de patología 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 patología para retirar el resultado de los estudios y entregárselos 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 unos de los padres firme también.