

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VIDEOESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (VEDA)

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

Que es un procedimiento endoscópico que permite examinar la parte del tracto gastrointestinal, compuesto por el esófago, estómago y duodeno (en sus primeros tramos). Se utiliza un tubo delgado y flexible, llamado endoscopio, que posee una lente propia y cámara de televisión integrada a un circuito computarizado digital. El endoscopio es introducido por la boca hasta el duodeno para la visualización de la mucosa, 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, 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 fue informado que ciertos medicamentos, entre otros los usados para obesidad y/o diabetes, retrasan notablemente el tránsito gastrointestinal y aumentan, por sí solos, el riesgo durante la anestesia. He consultado con mi médico tratante para la suspensión previa al estudio: Semaglutide (Ozempic®), Liraglutide (Saxenda®), Dulaglutide (Trulicity®), Tirzepatide (Mounjaro®) y otros similares.

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 del tubo digestivo pudiera requerir cirugía reparadora. Estas últimas son muy infrecuentes. Asimismo, tengo presente que podrían aparecer algunos signos de alarma tales como: fiebre, dificultad para tragar y dolor de garganta y/o en la región toracoabdominal.

Se me han explicado, como procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios, en relación con el procedimiento propuesto. Dicha alternativa es la Seriada Gastro-Duodenal, la cual, si bien no requiere anestesia general, no ofrece la misma precisión que la VEDA para la detección de úlceras y estadios iniciales de tumores de esófago, estómago y duodeno. Además, NO permite la toma de biopsias (pequeñas muestras de tejidos) de las áreas sospechosas, como tampoco la pesquisa de un microorganismo llamado *Helicobacter pylori*, responsable de un alto porcentaje de úlceras duodenales, gastritis y/o sintomatologías de acidez o ardor.

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.

Vs.01.02.2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VIDEOESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (VEDA)

Autorizo, además, al Dr./a: _____ a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estime conveniente en toda la situación de emergencia que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los medicamentos necesarios, 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 y evitar dolores y molestias 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 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 médica 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 descritos que las acompañan, de acuerdo a la ley N° 25.326 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 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 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 escritas 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.

Vs.01.02.2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO**VIDEOESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (VEDA)**

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 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.