



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Videocolonoscopía Diagnóstica/Terapéutica

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

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 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.

Se me ha entregado información escrita 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 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 y se me ha indicado consultar a mi médico tratante para la suspensión previa al estudio de Semaglutide (Ozempic ®, Dutide®), Liraglutide (Saxenda ®), Dilaglutide (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 intestinal pudiera requerir cirugía reparadora. Asimismo, tengo presente que podrían aparecer algunos signos de alarma tales como: fiebre, escalofríos y dolor abdominal.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Videocolonoscopia Diagnóstica/Terapéutica

Por último, he sido informado 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 del tubo digestivo 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 hacer el procedimiento más confortable y permitir el control global de mis funciones vitales: pulso, respiración, oxigenación en sangre. Esto también permite el manejo de eventuales eventos adversos.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la Declaración Jurada de Salud que integra este Consentimiento Informado son veraces y completos. Asimismo, que no he omitido información relevante sobre mi salud y autorizo su incorporación a mi historia clínica. Comprendo que la falsedad u omisión puede afectar mi seguridad clínica, y generar implicancias que podrían haberse evitado, como así también responsabilidades conforme a la ley.

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.

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.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Videocolonoscopía Diagnóstica/Terapéutica

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.

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.

Asimismo, doy mi conformidad para el envío de informes y recepción de resultados por e-mail a la casilla _____@_____ que es personal y administrada por mí exclusivamente. Acepto el eventual envío de los informes al médico solicitante. Dr./Dra: _____.

En caso de que el/la paciente no se encuentre en condiciones de comprender (por incapacidad o limitaciones lingüísticas) la información suministrada o de expresar válidamente su voluntad, será condición que este consentimiento sea firmado por el acompañante responsable, quien deberá ser mayor de edad y contar con la capacidad y la confianza suficientes para asistirlo/a antes, durante y después del procedimiento.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Videocolonoscopia Diagnóstica/Terapéutica

GEDYT informa que, con el único propósito de preservar la seguridad, integridad y bienestar de los pacientes, se utilizan cámaras de videovigilancia que permiten el monitoreo clínico continuo (sin sonido y sin función de grabación) en áreas asistenciales para la prevención de caídas, pérdidas de conciencia, descompensaciones u otros eventos adversos durante las etapas en que el paciente pueda encontrarse bajo sedación, anestesia o vigilancia médicas conforme a la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y las políticas institucionales de confidencialidad y seguridad GEDYT. El/la paciente declara haber sido informado/a de la existencia de estos sistemas y presta su consentimiento expreso para su utilización con fines exclusivamente asistenciales y de seguridad clínica.

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 estudio señalado 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.

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 el caso de personas de entre 16 y 18 años, y sin perjuicio de su autonomía progresiva, si así lo decidieran, se sugiere que alguno de sus padres o representantes legales suscriba también el presente consentimiento, en carácter de co-responsable asistencial.