



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Endocápsula

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

Que se trata de un estudio que permite evaluar las paredes internas del intestino mediante la obtención de imágenes que son tomadas por una pequeña cámara de video, en forma de cápsula, que recorre todo el tracto digestivo en forma natural. Dichas imágenes son transmitidas a sensores colocados en mi abdomen con parches adhesivos, los cuales están conectados a un grabador que almacena las imágenes. Transcurridas, aproximadamente 8 horas, se retiran los accesorios para procesar los datos. La cápsula es excretada, posteriormente, con normalidad al defecar.

Se me han explicado los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios, en relación con el procedimiento propuesto. Dichas alternativas son: la Enteroscopia con balón, la Enterografía por tomografía computada o resonancia magnética y la cirugía abdominal.

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.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Endocápsula

Se me ha informado que el posible evento adverso de importancia, aunque infrecuente (1%), podría ser la retención de la cápsula por obstrucción del intestino delgado, que requeriría una solución endoscópica o quirúrgica. También se me ha comunicado que, durante el transcurso de este procedimiento diagnóstico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pudieran exigir un cambio de conducta, como ser la realización de una Endoscopia para reubicar o rescatar la cápsula.

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.

El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico- terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el medico actuante lo considera necesario.

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.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Endocápsula

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.

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.