



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Test del Aire Espirado

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

El Test de Aire Espirado, consiste en la medición de hidrógeno en el aire que respiramos tras la administración de un azúcar (Lactulosa, Fructosa, Glucosa, Sacarosa o Sorbitol y Lactosa) que nos sirve como sustrato, según la indicación para aplicar el test. Se me ha entregado información escrita (folleto) que explica la naturaleza, propósito, beneficios y riesgos en términos que he comprendido adecuadamente. Es un estudio no invasivo basado en la capacidad que tienen las bacterias del intestino en producir hidrógeno (H₂) y/o metano (CH₄) al actuar sobre un sustrato fermentable. Éste se absorbe a través de la pared intestinal y un 20% se elimina en el aire espirado, a través de la cual se puede cuantificar. Las unidades se expresan en ppm o cantidad de H₂ o CH₄ en partes por millón. Por ser de simple ejecución y poco desagradable para el paciente, se lo indica como el método de primera elección en el diagnóstico de enfermedades “funcionales” del intestino. Posteriormente, a la ingesta del sustrato indicado, se realiza un enjuague bucal con Plac-Out. Luego cada 30 minutos el paciente soplará en una boquilla hasta completar las tres (3) horas o dos (2) horas y medias, según estudio que se realice. Durante el mismo, el paciente debe anotar (en un formulario provisto con anterioridad) los horarios y síntomas que presenta durante la realización del mismo.

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.

Como contraindicaciones relativas: haber ingerido antibióticos en las últimas 4 semanas o ser portador, actualmente, de una ileostomía o haber realizado, en las últimas 4 semanas: colonoscopia, colon de enema, lavaje colónico.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Test del Aire Espirado

También se me ha informado de las posibles complicaciones durante la realización del procedimiento: tales como distensión abdominal, dolor abdominal, flatulencias, eructos y cambios de ritmo evacuatorio, a veces de comienzo súbito y poco duradero. Se me ha informado también sobre las contraindicaciones absolutas: Intolerancia hereditaria a la fructosa y casos de hipoglucemias postprandiales no aclaradas

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 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.

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, 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: _____.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Test del Aire Espirado

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.