



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Colangiografía

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

Se me ha explicado que el médico utiliza un tubo delgado y flexible, con lente y fuente de luz propia, llamado endoscopio (duodenoscopio), que le permite visualizar las imágenes en un monitor de video. Para realizar el procedimiento es necesario tener un ayuno de 12 (doce) horas para alimentos sólidos y de 6 (seis) horas para líquidos claros.

Se me han explicado los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios, en relación con el procedimiento propuesto, dichos procedimientos alternativos, pueden ser cirugía convencional, laparoscópica o drenaje percutáneo.

Asimismo 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 la toma de medicamentos tales como Semaglutide (Ozempic ®, Dutide®), Liraglutide (Saxenda ®), Dilaglutide (Trulicity ®), Tirzepatide (Mounjaro ®) y otros similares.

Los eventuales riesgos a tener en cuenta específicamente relacionados con la CPRE son:

1) Pancreatitis aguda riesgo que varía del 5 (cinco) al 7 (siete) % en promedio, pudiendo ser del 20 (veinte) % en ciertas circunstancias dependiendo de las características del paciente y el tratamiento a instaurar; la pancreatitis puede tener diversos grados de severidad, requerir otros tratamientos. Generalmente la mayoría son leves o moderados aunque hay casos que pueden evolucionar tórpidamente. Se han reportado casos fatales relacionados con pancreatitis.

2) Sangrado postpilotomía o postesenteroplastía en el sitio de la enterotomía / enteroplastia (corte/dilatación de la papila de Vater para acceder al interior de los conductos) puede producirse sangrado, que generalmente se detiene espontáneamente o puede ser controlado a través de un método endoscópico



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Colangiografía

(el sangrado puede ocurrir hasta 7-10 días después de realizado el corte dependiendo de la cicatrización de los tejidos). Existe la posibilidad de que el sangrado no pueda ser controlado por métodos endoscópicos y requiere procedimientos de embolización vascular y/o cirugía

3) Perforación de la pared intestinal o de la papila: es el desgarramiento (perforación) de la pared de un órgano (esófago, estómago, duodeno, o papila) y puede requerir de un tratamiento endoscópico adicional o incluso de cirugía. Dependiendo del grado de perforación y el lugar de la misma, puede haber una evolución tórpida y se han reportado casos fatales.

Otros riesgos a tener en cuenta relacionados con el procedimiento y la anestesia son: reacciones alérgicas y reacciones adversas a drogas, aspiración, dolor, arritmias, paro respiratorio, y paro cardíaco.

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.

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Colangiografía

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. 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.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Colangiografía

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. En la Ciudad de 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.