



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Funcionales

Yo (Nombre y Apellido) _____,
DNI _____ declaro en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado por el Dr./a.: _____ sobre estudios funcionales. (Manometría Esofágica, Manometría Anorrectal, PH Impedanciometría Esofágica).

También se me ha explicado la naturaleza y el propósito del procedimiento, en términos que yo he comprendido perfectamente, de lo contrario, tengo la posibilidad de solicitar una reunión con un especialista.

Se me ha informado el propósito, sus beneficios, los riesgos y otras alternativas del procedimiento, en términos que yo he comprendido adecuadamente. 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.

Se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento, es decir: que después de la manometría podría presentarse dolor de garganta, leve y congestión nasal. En relación a la ph-mpedanciometría, podrían aparecer náuseas, molestias y hemorragia nasal leve que seden de manera espontánea.

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.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Funcionales

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: _____.

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 al que voluntariamente me someto.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 _____.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Funcionales

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.