

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ENDOSCOPIA CON POLIPECTOMÍA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día		SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ENDOSCOPIA ALTA / BAJA (SEÑALAR LA QUE PROCEDE) CON POLIPECTOMÍA	
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para esta intervención eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p>		
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:	
EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE		
<p>La polipectomía en la endoscopia digestiva es la extirpación de pólipos o lesiones neoplásicas localizadas en el tracto digestivo superior (en caso de endoscopia alta) o tracto digestivo inferior (en caso de endoscopia baja), para su posterior examen histológico (microscópico).</p>		
CÓMO SE REALIZA:		
<p>Consiste en la introducción de un endoscopio flexible, hasta identificar la lesión objeto del tratamiento. Por un canal que tiene el endoscopio, se introducen una serie de instrumentos: asa de polipectomía, agujas de inyección, clips de cierre, etc., específicamente diseñados para esta técnica que permiten la extirpación de las lesiones mediante la aplicación de una corriente eléctrica que corta y coagula los tejidos, para minimizar el riesgo de sangrado.</p> <p>El procedimiento se suele llevar a cabo con sedación y/o anestesia.</p>		
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:		
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</p> <p>El pólipo quitado podrá ser estudiado completamente. Así sabremos si es benigno o maligno. Si es benigno habremos evitado que siguiera creciendo y pudiera volverse maligno.</p>		
OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:		
<p>Otras técnicas endoscópicas (resección endoscópica mucosa o disección endoscópica submucosa) o tratamiento quirúrgico.</p> <p>En su caso:</p>		

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ENDOSCOPIA CON POLIPECTOMÍA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
<p>QUÉ RIESGOS TIENE</p> <p>Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces, los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.</p> <ul style="list-style-type: none">• LOS MÁS FRECUENTES: Suelen ser poco graves.<ul style="list-style-type: none">– Distensión abdominal– Malestar, náuseas– Molestias en la garganta– Dolor torácico– Dificultad para tragar– Dolor abdominal– Trastorno de la digestión • LOS MÁS GRAVES:<ul style="list-style-type: none">– Sangrado inmediato– Sangrado tardío (días después)– Perforación– Estrechez por la cicatriz– La mortalidad asociada a este tipo de complicaciones es muy baja pero posible. <p>LOS DERIVADOS DE SU ESTADO DE SALUD:</p>	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:</p> <p>No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. El cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemia, etc.</p>	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ENDOSCOPIA CON POLIPECTOMÍA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional): Alergias a medicamentos: Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados. Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante: pueden tener más riesgo de hemorragia, sobre todo si se toman biopsias o con otras maniobras. Se deben tomar precauciones al respecto. La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo de complicaciones.	
OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: - A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la mismo no contempladas inicialmente. - A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras permanecerán el tiempo estipulado sin usarse para dicho fin. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento. - También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da autorización. Su identidad será preservada de forma confidencial.	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ENDOSCOPIA CON POLIPECTOMÍA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
1.2	IMÁGENES EXPLICATIVAS
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ENDOSCOPIA CON POLIPECTOMÍA**

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
--	--------------------------------------

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión).

2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1	DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
	APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ENDOSCOPIA CON POLIPECTOMÍA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
--	--------------------------------------

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña., manifiesto que estoy conforme con el consentimiento que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SÍ NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ NO

NOTA: Márquese con una cruz.

Ena.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ENDOSCOPIA CON POLIPECTOMÍA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
--	--------------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN	
Yo, D/Dña., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
Ena.....de.....de.....	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

2.4 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO	
Yo, D/Dña., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
Ena.....de.....de.....	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

Le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos clínicos es Clínica Parejo y Cañero, S.L. que en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, sus datos serán tratados en nuestros ficheros, cuya finalidad principal es la prestación y seguimiento de la asistencia sanitaria o proceso clínico. Los interesados pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición a los tratamientos dirigiéndose por escrito al domicilio social del centro situado en C/Cuesta del Molino nº48, 14500 Puente Genil (Córdoba) o mediante envío de un correo electrónico a proteccion.datos@clinicapyc.com, adjuntando copia de DNI u otro documento identificativo.