

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO SEDACIÓN ENDOSCOPIAS

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 SEDACIÓN ENDOSCOPIA ALTA / BAJA (SEÑALAR LA QUE PROCEDE)	
<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 Técnica de sedación administrado por vía intravenosa.		
CÓMO SE REALIZA: Los fármacos que se emplean para la sedación se administran por vía intravenosa. Para ello, un enfermero/a, le colocará una vía venosa en el brazo. Durante el procedimiento estará monitorizado para controlar sus constantes vitales. <p>Posteriormente, el médico que le realizará la colonoscopia, le indicará al enfermero/a, los fármacos y las dosis necesarias que administrará para que tolere la exploración confortablemente y con seguridad.</p>		
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:		
<ul style="list-style-type: none"> - La anestesia general le dejará dormido de forma que no sentirá ni oír nada durante la exploración. Una vez terminada la misma, se despertará gradualmente con cierta sensación de "resaca". - La anestesia regional le hará perder la sensibilidad. Toda una parte de su cuerpo quedará adormecida, por ejemplo, un brazo, las dos piernas, ... No podrá mover la zona afectada ni sentirá dolor. Sin embargo, le permitirá estar despierto. Si lo desea, pueden administrarle una sedación. La recuperación de la sensibilidad y la movilidad puede tardar un tiempo variable después de la exploración. - La anestesia local solo le hará perder la sensibilidad de la zona. La recuperará más tarde de forma progresiva. 		
EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: La anestesia nos permite realizar la técnica sin que usted experimente dolor. Además, el/la médico, controlará su constantes vitales para asegurar que todo discurre con normalidad. Ello facilitará que usted se recupere de la intervención fácilmente.		

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
SEDACIÓN ENDOSCOPIAS

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 ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: Este tipo de exploraciones precisa de algún tipo de anestesia. El/la anestesiólogo le informará cuáles son las alternativas en su caso particular. Usted podrá manifestar sus preferencias. En su caso:	
QUÉ RIESGOS TIENE 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. <ul style="list-style-type: none">• RIESGOS LEVES<ul style="list-style-type: none">– Náuseas– Mareos– Vómitos– Dificultad para orinar– Flebitis– Hematoma– Infección en el lugar de la vía canalizada– Reacción alérgica • LOS MÁS GRAVES:<ul style="list-style-type: none">– Hipotensión arterial– Depresión respiratoria– Convulsiones– Accidente vascular cerebral– Aspiración bronquial– Arritmias cardíacas– Reacciones alérgicas a los fármacos suministrados– Parada cardiorrespiratoria. LOS DERIVADOS DE SU ESTADO DE SALUD:	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO SEDACIÓN ENDOSCOPIAS

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
SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: <ul style="list-style-type: none">- Si es usted alérgico a los anestésicos o sospecha que puede serlo, debe comunicarlo al médico.- Las infecciones respiratorias pueden obligar a posponer el procedimiento.- La infección en la piel cercana a la zona donde se le pinchará contraindica la realización del tratamiento, por lo que debe ponerlo en conocimiento del profesional médico.- También debe comunicar si toma usted anticoagulantes, padece arritmias cardíacas, o si ha tenido un infarto de miocardio reciente o un neumotórax. Estas situaciones podrían incrementar el riesgo.	
OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional): <p>Antes de enfrentarse a una anestesia, es necesario que nos advierta de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación sanguínea, enfermedades de corazón y pulmón, existencia de prótesis, marcapasos, enfermedades recientes, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que usted considere importante, y que crea que deba saber el/la anestesiólogo/a.</p>	
OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: <ul style="list-style-type: none">- 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
SEDACIÓN ENDOSCOPIAS

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
SEDACIÓN ENDOSCOPIAS**

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
SEDACIÓN ENDOSCOPIAS

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 SEDACIÓN ENDOSCOPIAS

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.