

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

FECHA        /        /

Nombre y apellidos del paciente .....

RUN ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal).....

Teléfono de contacto .....

### OBJETIVOS

Su médico le ha indicado una colonoscopia, que es un examen destinado a evaluar el colon por completo. Este examen se realiza a través de una fina sonda flexible con una cámara en su extremo que se introduce a través del recto, bajo sedación.

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

- Una vez que entre al pabellón de colonoscopia, será recibido por el médico y personal de salud para explicarle algún otro aspecto de su examen y completar el consentimiento informado del examen
- El examen dura aproximadamente 30-45 minutos. Un fino tubo flexible, de 8-10 mm, se introduce por el ano para luego avanzar recorriendo los últimos 30-50 centímetros del colon distal (recto y sigmoides).
- El enfermero (a) colocará una vía venosa, y se controlarán signos vitales a través de monitores de presión arterial, pulso, y saturación de oxígeno, que permitirá monitorizarlo durante todo el examen.
- **Para reducir las molestias, además se utilizará una sedación endovenosa, con medicamentos que inducen sueño y amnesia durante el examen.** Con ello el examen es en general muy tolerable y no tendrá recuerdos de la colonoscopia.
- Terminado el examen, usted será trasladado a una sala de recuperación, con personal de salud que lo acompañarán hasta que recupere de los efectos del sedante. Este periodo se puede extender entre 30 – 60 minutos.
- Durante el periodo de recuperación, el o los acompañantes recibirán una pequeña información de su examen.
- Cuando esté despierto, será dado de alta y acompañado en silla de ruedas, con su acompañante, quien deberá llevarlo a su domicilio.

## Consentimiento Informado Colonoscopia

San Antonio, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, declaro haber recibida oportunamente información adecuada sobre el procedimiento.

- ☐ Endoscopia digestiva alta
- ☐ Endoscopia digestiva baja (colonoscopia –rectoscopia)

Objetivos, características y potenciales riesgos vinculados al procedimiento antes referido, así como las posibilidades de tratamientos alternativos.

He realizado las preguntas que estimé oportunas, las cuales han sido contestadas.

Así mismo declaro haber comprendido la información proporcionada Durante el procedimiento.

Por lo tanto, declaro mi consentimiento en forma libre e informada, para ser sometido

a \_\_\_\_\_, y a las acciones que el equipo médico considere necesarias.

Por lo tanto, revoco o deniego, en forma libre e informada, para ser sometido

a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Medico

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Acompañante