

CENTRO MÉDICO DELFOS

Servicio de Endoscopia Digestiva – Dr. D. Bargalló Carulla
Avda. Vallcarca , 151, 2ª Planta antigua, pta. 5
Tel. 934 340 416

CONSENTIMENT INFORMAT PER A PROCEDIMENTS EN ENDOSCÒPIA DIGESTIVA (*)

Jo, Sr./acom a pacient (o Sr./a....., com a representant seu), en plenitud de les meves facultats, lliure i voluntariament, **DECLARO QUE HE ESTAT DEGUDAMENT INFORMAT/DA**, en virtut dels drets que regeix la LLLEI GENERAL DE SANITAT, i, en conseqüència, **AUTORITZO** el/s Dr./a./s/es.....perquè em sigui practicat el procediment diagnòstic i/o terapèutic anomenat **ESÒFAG GASTRO DUOENDOSCÒPIA (PANENDOSCÒPIA ORAL) / COLONOSCÒPIA-ILEOSCÒPIA**, i aquells procediments complementaris, tant diagnòstics (biòpsia, citologia i altres), com terapèutics (polipectomia, dilatació, esclerosi, electro o fotocoagulació, col·locació de bandes elàstiques, pròtesi o sondes), que siguin recomenables durant la realització del mateix.

Consenteixo l'administració de medicació sedant o d'altre tipus (en injecció) que sigui necessària o recomanable per a la millor realització de l'endoscòpia.

He estat informat/da i he entès els possibles riscos de l'exploració, que inclouen la distensió de l'abdomen, dolor, hipotensió, flebitis, reaccions al·lèrgiques, infecció, aspiració bronquial, hemorragia, perforació i parada cardiorespiratòria.

Algunes d'aquestes complicacions poden necessitar intervenció quirúrgica.

No se m'ha garantitzat que es puguin aconseguir els objectius diagnòstics i terapèutics previstos.

He comprès la naturalesa i propòsit del procediment.....

Estic satisfet/a amb la informació facilitada (beneficis, riscos, alternatives), i per aixó **ATORGO EL MEU CONSENTIMENT** perquè em sigui practicat/da....., Entenc que aquest document pot ser **REVOCAT** per mi en qualsevol moment, abans de la realització del procediment.

I perquè així consti, signo el present original després d'haver-lo llegit, i el signo per duplicat, mitjançant la còpia que s'hi adjunta.

Barcelona,de.....de.....

Signatura (pacient o representant legal)
D.N.I.

Signatura del metge
Núm. col·legiat

(*) Recomenat per l'Associació Espanyola d'Endoscòpia Digestiva.

