

 <p><b>HOSPITAL COMARCAL</b> de l'Alt Penedès CONSORCI SANITARI DE L'ALT PENEDÈS</p>	El/la paciente	
	DNI	HC núm.
	Servicio de Medicina Interna	
	Unidad de Endoscopia Digestiva	
	Médico/a	
	Núm. de colegiado/a	
<b>DECLARO</b> que		

## Gastroscofia. Consentimiento Informado

---

Me ha explicado que, en mi situación, es necesario y/o conveniente realizar una gastroscofia

### 1. Descripción del procedimiento

La gastroscofia, también llamada endoscopia digestiva alta, consiste en la exploración del esófago, el estómago y el duodeno mediante un tubo flexible dotado de un sistema de iluminación y de visión a través de la boca.

Si es necesario, se pueden tomar muestras de tejido (biopsia) para estudiarlas y analizarlas, sin causar dolor. Además esta técnica permite la aplicación de tratamientos como la esclerosis, tratamiento de varices del esófago, extirpación de pólipos, dilatación de las zonas estrechas y extracción de cuerpos extraños.

Antes de iniciar la prueba deben retirarse las prótesis dentales y los pírsines de la boca, lengua o labios.

Esta prueba se realiza con el paciente estirado sobre su lado izquierdo y se introduce el endoscopio a través de un protector dental.

Es aconsejable que acuda a la prueba acompañado, ya que después de la sedación no podrá conducir.

### 2. Preparación

El estómago debe estar vacío, por lo que es necesario mantener un ayuno de 6 horas previas a la exploración. En situaciones urgentes se puede realizar la prueba sin estar todas las en ayunas, aunque el riesgo de complicaciones es mayor.

### 3. Riesgos específicos más frecuentes de este procedimiento

La gastroscofia es una técnica muy segura, pero pueden aparecer efectos indeseables como: dolor, distensión abdominal, náuseas o vómitos, mareo o hipotensión.

Muy raramente, pueden aparecer complicaciones graves, como la perforación y la hemorragia digestiva, en las cuales podría ser necesaria una intervención quirúrgica o/y una transfusión.

En personas de edad avanzada o con enfermedades crónicas de base pueden producirse complicaciones excepcionales como: arritmias, depresión o parada cardio-respiratoria.

**He comprendido** las explicaciones que me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo. El profesional que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

Por todo esto, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento propuesto.

 <p><b>HOSPITAL COMARCAL</b> de l'Alt Penedès CONSORCI SANITARI DE L'ALT PENEDÈS</p>	El/la paciente DNI _____ HC núm. _____ Servicio de Medicina Interna Unidad de Endoscopia Digestiva Médico/a Núm. de colegiado/a _____ <b>DECLARO</b> que
---	--

En estas condiciones,

- AUTORIZO:** Que me sea realizada una gastroscopia
- NO AUTORIZO:** Que me sea realizada una gastroscopia

Firma del/de la paciente y DNI

Representante legal y DNI

Firma del/de la profesional y  
núm. de colegiado/a

Vilafranca del Penedès, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_