 <p>HOSPITAL COMARCAL 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	
DECLARO 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>HOSPITAL COMARCAL 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 _____ DECLARO 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, _____ / _____ / _____