

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA EL ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA**

Don / Doña

con DNI / NIE / Pasaporte de años de edad.

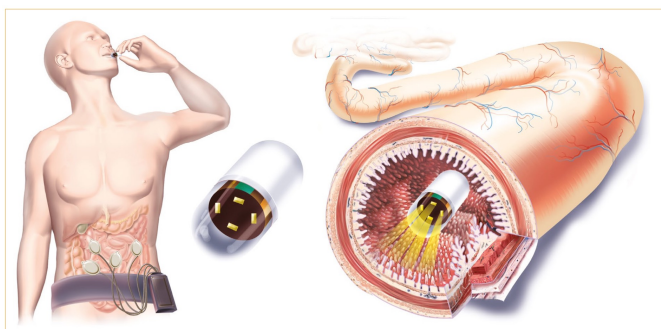
DECLARO

Que se me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a realizar un **ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA**.

El propósito principal de la técnica es, mediante la ingestión de una cápsula endoscópica (del tamaño de una pastilla de vitaminas), obtener imágenes de la mucosa del intestino delgado con el objeto de diagnosticar posibles procesos que afecten a este tramo del tubo digestivo.

El médico me ha explicado que esta técnica endoscópica permite el examen del tracto gastrointestinal mediante la utilización de un dispositivo en forma de cápsula que se traga bajo control médico y que, posteriormente, se expulsa con las heces, generalmente no siendo necesaria su recuperación. La cápsula no va unida a ningún hilo o cable, tiene un tamaño de unos dos centímetros y medio de largo por uno de ancho y lleva en su interior un sistema de lentes junto con un emisor de imágenes. Las imágenes son emitidas mediante radiofrecuencia, captadas por una antena (colocada en la cara anterior del abdomen) o por un cinturón con la antena incorporada. Tanto el sistema de antenas o el cinturón van unidos a una grabadora que almacena las imágenes. La grabación es ambulatoria, dura unas 2-10 horas (en función de la velocidad de los movimientos intestinales) durante los cuales realizaré una vida, actividad y movimientos normales, aunque deberé permanecer en ayunas.



El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son las pruebas radiológicas, la resonancia magnética, la enteroscopia (endoscopios más largos que los convencionales) y la exploración quirúrgica. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.

También he sido informado que comprendo que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables, como la detención de la cápsula en una estrechez del intestino. Esta complicación puede ser grave y requerir tratamiento médico o quirúrgico. Otra complicación rara es la alergia a algún componente material de la cápsula, que puede requerir tratamiento médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido especialmente de la necesidad de informar de antecedentes de cirugía abdominal (posibilidad de adherencias y estrecheces intestinales), alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales como los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco: Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:

Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del diagnóstico ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después de la ingestión de la cápsula endoscópica, debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He sido informado, entiendo y asumo que, pese a realizar de forma adecuada la exploración, puede no conseguirse el diagnóstico perseguido por las limitaciones propias de la prueba diagnóstica.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del estudio diagnóstico. Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice un **ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA**.

En Madrid, a

Firmado:
El/la médico

Firmado:
El/la paciente o su representante

REVOCACIÓN

Don / Doña: de años de edad.

(Nombre y dos apellidos del paciente)

En calidad de: de.....

(Representante legal, familiar o allegado)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO