

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSITO INTESTINAL

H.CI.FO.134.0310.01

INFORMACION

El paciente deberá desnudar la zona anatómica a estudio y retirar sus objetos personales.

Deberá beber una solución a modo de papilla que contiene el contraste baritado, mientras se van adquiriendo imágenes radiológicas.

El estudio suele durar entre 15-20 minutos. En las horas siguientes al estudio, el paciente deberá beber abundantes líquidos para facilitar la eliminación del contraste por las heces.

Detectar alteraciones en la morfología habitual tanto de las paredes del tracto digestivo alto como de su luz, tales como estrechamientos, dilataciones, tumores benignos (pólipos, divertículos), lesiones precancerosas (ulceras) o tumores malignos (carcinomas); las cuales en el caso de ser observadas deberían ser estudiadas posteriormente mediante el uso de pruebas más específicas

RIESGOS FRECUENTES:

Exposición a radiación ionizante

Alergia al contraste baritado.

Estreñimiento las horas o días posteriores debido al contraste baritado por lo que el paciente deberá beber bastantes líquidos en las horas siguientes a la realización del estudio.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Otros riesgos o complicaciones que puedan surgir, teniendo en cuenta la situación clínica y sus circunstancias personales

CONTRAINDICACIONES

El paciente deberá consultar al médico en caso de:

- Embazo o lactancia.
- Toma de medicación.
- Obstrucción intestinal
- Sangrado digestivo activo

En el contexto actual de alta prevalencia de infección COVID19 en nuestro entorno, y a pesar de las pruebas de cribado clínico, radiológico o microbiológico que se le han practicado, no es posible descartar con absoluta certeza que Ud. pudiera tener una infección asintomática COVID19. Debe saber que en caso de que fuera así, y a la luz de las evidencias actuales en estudios y publicaciones preliminares, la tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y anestésico estándar puede ser moderadamente elevada e incluyen entre otras distrés respiratorio moderado o severo que requieran de intubación y ventilación mecánica prolongada, con la mortalidad y complicaciones que se asocian a la misma.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO: Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de TRANSITO INTESTINAL y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Paciente D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

Representante legal D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice la intervención.

Alicante, a ____ de _____ de _____

Fdo.:PACIENTE

Fdo.: RTE. LEGAL

Fdo.:DR./DRA. QUE INFORMA

DOCUMENTO DE DENEGACION/REVOCACION

Paciente D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

Representante legal D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y por lo tanto, **NO CONSIENTO** someterme al procedimiento arriba indicado.

Alicante, a ____ de _____ de _____

Fdo.:PACIENTE

Fdo.: RTE. LEGAL

Fdo.: DR./DRA. QUE INFORMA