

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE VIDEOCÁPSULA

Yo....., autorizo al Dr. para que en mí se realice el siguiente procedimiento: **CÁPSULA ENDOSCÓPICA.**

Me han brindado información que explica la naturaleza y el propósito del procedimiento, en términos que yo he comprendido perfectamente. De lo contrario, tengo la posibilidad de solicitar una reunión con un especialista. En la información escrita y/o verbal que recibí, se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento y me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

Es un método de diagnóstico que consiste en la visualización de partes del intestino delgado que no pueden evaluarse con la endoscopia convencional. La cápsula es un dispositivo que consta de una cámara color, un radiotransmisor, fuente luminosa propia y baterías, que permiten obtener imágenes de la mucosa del intestino. Ésta se ingiere por boca. Se coloca un cinturón con sensores que transmite las imágenes a un procesador de datos, que es llevado por un lapso de 8 – 12 hs.

Activada la cápsula y es ingerida con un poco de agua, esta se desplaza por intestino delgado por los movimientos peristálticos, al cabo de 4 hs puede llegar a colon, siendo evacuada. La cápsula no es reutilizada. Es de gran utilidad para diagnosticar enfermedades del intestino delgado como: úlceras, tumores, enfermedad inflamatoria intestinal o causas de hemorragia como, por ejemplo, ectasias vasculares. No permite la toma de biopsias ni la realización de tratamientos.

Es importante realizar una preparación previa para asegurar una adecuada visualización de las imágenes. Las complicaciones de la cápsula son mínimas, muchas veces relacionadas a la patología del paciente, siendo la principal la retención o impactación de la cápsula, resolviendo en la mayoría de los casos con tratamiento médico, aunque en un porcentaje muy bajo puede requerir intervención endoscópica o quirúrgica, pudiendo generar aumento de la mortalidad.

Por lo tanto, autorizo al Dr. y a sus colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud. El profesional actuante podrá realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información médica vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunicad para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s. En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

Mendoza, de de 20.....

Firma del/la paciente

Aclaración:

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta del/la paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

A) Firma en su lugar(nombre y apellido; documento, tipo y N°)

B) Lo hace en carácter de(indicar el grado de parentesco)

Firma del/la responsable