

Fecha  Aseguradora   
Por la presente autorizo al Doctor   
y a los asistentes en GASTROMEDICALL LTDA. a realizar el procedimiento de Polipectomía Baja en mi o en el (la) paciente  
Nombre paciente  Con ID

### Consentimiento para el Procedimiento Polipectomía Baja (de colon o recto)

1. La polipectomía es un procedimiento que ha solicitado el médico tratante para la resección de un pólipo que es una masa de tejido que puede transformarse en cáncer.
2. El procedimiento se realiza al introducir un tubo flexible (colonoscopio) por vía rectal, conectado a un sistema de video que permite ver internamente el colon.
3. Para hacer más fácil la visualización, se insufla aire en cantidad moderada, por este motivo el paciente puede experimentar distensión abdominal durante el estudio.
4. Una vez visualizado el pólipo se introduce un inyector lentamente a través del endoscopio por el cual se inyecta una solución salina con adrenalina, luego se introduce un asa de polipectomía para realizar el respectivo corte y extracción del pólipo.
5. Requiere de una preparación especial con dieta líquida abundante y laxante para limpiar el colon. Se puede realizar en personas que tengan otras enfermedades controladas como hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón y pulmones, entre otras, tomando las debidas medicaciones y precauciones pertinentes. La preparación me fue entregada antes del examen.
6. Requiere presentar exámenes de pruebas de coagulación.
7. Durante el procedimiento se presenta con poca frecuencia riesgos de complicación como perforación, hemorragia, y otras inherentes al procedimiento que pueden requerir un tratamiento quirúrgico abierto en casos excepcionales.
8. Es un estudio que puede generar ansiedad en el paciente, a veces dolor y sensación de abdomen inflado por que se introduce aire para favorecer la visualización por lo cual se utilizan medicamentos vía intravenosa durante el procedimiento como sedantes y antiespasmódicos, que pueden ocasionar reacciones cardiovasculares y/o pulmonares que podrían llevar a depresión cardiorespiratoria y alergia a los medicamentos. En la sala de procedimientos se cuenta con todo el equipo de reanimación y personal entrenado para cualquier imprevisto. Este estudio tiene como alternativa los estudios radiológicos del colon y del abdomen.
9. El Doctor queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas médicas distintas de las ya mencionadas si en el curso del procedimiento se presenta una situación inadvertida o imprevista que a juicio del médico tratante las haga necesarias, caso en el cual podrían realizarse en los términos previstos.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.

Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

He sido advertido que en este documento se contiene el consentimiento informado ordenado legalmente en las normas, pero que este no corresponde a una exoneración del médico tratante por un actuar indebido o ilícito.

El conocimiento de los riesgos propios de la intervención o procedimiento me permite aceptarlos en forma consciente, en el entendido que se persigue el beneficio del restablecimiento de mi salud o de mi calidad de vida, sin que se pueda asegurar los resultados.

He sido advertido que en este documento se contiene el consentimiento informado ordenado legalmente en las normas, pero que este no corresponde a una exoneración del médico tratante por un actuar indebido o ilícito. El conocimiento de los riesgos propios de la intervención o procedimiento me permite aceptarlos en forma consciente, en el entendido que se persigue el beneficio del restablecimiento de mi salud o de mi calidad de vida, sin que se pueda asegurar los resultados.

Firma paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_ Aseguradora \_\_\_\_\_


CC \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del procedimiento señalado y que he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia me han formulado.

Firma médico especialista

\_\_\_\_\_

RM \_\_\_\_\_

 Anticoagulantes, antiagregantes, alergias.

 Riesgo de caída.