**PANENDOSCOPIA ORAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**¿QUÉ ES, PARA QUÉ SIRVE Y CÓMO SE REALIZA?**

La panendoscopia oral es una técnica endoscópica cuyo propósito es la visualización de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno) con la finalidad de poder diagnosticar diferentes enfermedades que afecten este trayecto.

El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias puede hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia y/o la utilización de un anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación o anestesia y de la anestesia tópica.



La prueba se realiza, habitualmente, con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un abrebocas), se visualiza la pared del esófago, estómago y duodeno.

En el mismo acto pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su estudio.

Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso resecar alguna lesión orgánica o realizar otras técnicas terapéuticas.

 Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

**¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?**

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

En el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

**Riesgos específicamente relacionados con el paciente**

**¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?**

El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido.

**Le recordamos que está prohibido marcharse de la zona de adaptación sin ser dado de alta por el médico responsable**

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

**PACIENTE**

D./Dª…………………………….…………………......... con DNI………………………. declaro que el/la médico, Dr/Dra.................................., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En ………………….. a….. de………. De 20….

Firmado...el/la paciente

**REPRESENTANTE LEGAL**

D./Dª………………………………….……………...……. con DNI…….……………….. y domicilio en……..…….… calle…………………..................…. nº…… declaro que el/la médico, Dr/Dra...................................., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./Dª……………….…………………….con DNI………..…….., dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

En ………………….. a ….. de ………. De 20….

Firmado… el/la representante

**MÉDICO**

Dr/Dra.............................................................................................................................................

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus posibles riesgos, de las alternativas disponibles, y de las consecuencias previsibles en caso de no realización, dejando constancia de ello en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera afectar o condicionar la realización de este procedimiento/acto asistencial. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En………………….. a ….. de ………. De 20….

Firma, nº de colegiado

**NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN 🞏**

Si usted no acepta la realización de la exploración/intervención haga constar el motivo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE 🞏**

En………………….. a ….. de ………. De 20….

Firmas: (Paciente) El/la médico Dr………………….. Colegiado

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

***Responsable del Tratamiento:*** *United Surgical Partners Madrid S.L. e IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD S.L.U. con domicilio social en la calle Juan Bravo 39, 28006 Madrid y calle Zurbarán 28, 28010 Madrid,* respectivamente*.* ***Datos de contacto DPO:*** *DPO@quironsalud.es**.* ***Finalidad del tratamiento:*** asistencia sanitaria, docencia o investigación cumpliendo con la normativa específica al respecto*.* ***Destinatarios:*** *en su caso, entidad aseguradora del paciente.* En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una aseguradora, mutua, administración pública u otra persona jurídica o física sus datos podrán ser cedidos a éstas, que podrán estar ubicadas en países fuera del Espacio Económico Europeo cuya legislación no ofrezca un nivel de protección de sus datos equivalente al español, para su evaluación, facturación o atender las reclamaciones por usted presentadas ante ellas; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Asimismo, le recordamos que sus datos podrán ser comunicados a otras entidades del Grupo Hospitalario Quirónsalud (www.quironsalud.es/sociedades-grupo-quironsalud) siempre que su asistencia sanitaria así lo requiera.***Derechos:*** *Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento, como se explica en la información adicional.* ***Procedencia:*** *propio interesado.* ***Información adicional:*** [*https://www.quironsalud.es/es/politica-proteccion-datos*](https://www.quironsalud.es/es/politica-proteccion-datos).

Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/ tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán con la finalidad de documentar mi caso, así como para su uso con fines docentes, de investigación o divulgación científica; en estos casos, esas imágenes no contendrán dato o signo alguno que permitan identificar al paciente, garantizando su derecho a la intimidad. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

