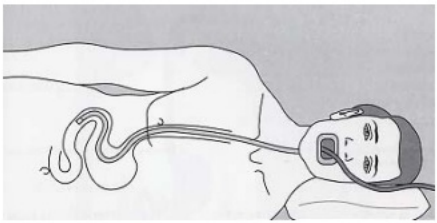
NORMAS DE PREPARACIÓN PARA **PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA**



1. El dia anterior a la prueba **evitará comer frutas y verduras** así medicación líquida (jarabes).
2. El día de la Gastroscopia deberá acudir en **ayunas desde 8 horas antes** de la prueba.
3. No beberá **agua desde 6 horas antes** de la prueba.

DEBERÁ TRAER FIRMADO EL CONSENTIMIENTO QUE FIGURA AL DORSO

Cita para el día: ..... de ..... de .....

***Si no va a acudir a la cita, avíselo con 48 horas de antelación**. El resto de los pacientes de atención médica agradecerán su colaboración.*

Clínica CEMTRO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNOSTICA

D./Dña. ..... *(como paciente)* de ..... años de edad, con domicilio en

..... y D.N.I nº ....., o D./Dña. .....

..... de ..... años de edad, con domicilio en .....

..... y D.N.I nº..... (en calidad de representante legal, familiar o allegado) de .....

..... *(nombre y dos apellidos del paciente).*

DECLARO:

Que el doctor/a ..... *(nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)*, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA**.

1. La panendoscopia oral diagnóstica 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.

2. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias puede hacer recomendable o necesaria la sedación o la utilización de 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 y de la anestesia tópica.

3. 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.

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

5. El médico me ha indicado la preparación recomendad previamente y me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como:

.....

6. El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitidos 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.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSIENTO:

Que se me realice una **PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA** En ..... *(Lugar y fecha)*

Fdo. EL MÉDICO *Fdo. EL PACIENTE* *Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL*

REVOCACIÓN:

D./Dña. ..... *(como paciente)* de ..... años de edad, con domicilio en

..... y D.N.I nº....., o D./Dña. .....

..... de ..... años de edad, con domicilio en .....

..... y D.N.I nº..... (en calidad de representante legal, familiar o allegado) de .....

..... *(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.

En ..... *(Lugar y fecha)*

Fdo. EL MÉDICO *Fdo. EL PACIENTE* *Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL*