



CONSENTIMIENTO INFORMADO COLONOSCOPIA

¿QUÉ ES LA COLONOSCOPIA?

La colonoscopia es una exploración que permite la observación detallada y completa del colon y del recto. Para realizarla se introduce un tubo flexible a través del ano, capaz de transportar luz e imagen, y se inyecta aire en el colon para favorecer su visualización. En el curso de la exploración, y si fuera necesario, se pueden tomar biopsias, extirpar pólipos mediante un lazo metálico aplicando corriente eléctrica bajo control, inyectar sustancias que permitan controlar hemorragias activas, o incluso dilatar estrechamientos del colon mediante dilatadores o colocando prótesis (*).

(*) La colocación de prótesis es un procedimiento que no cubre la mayoría de compañías aseguradoras, siendo el coste aproximado de cada unidad de 2.100 €.

¿CÓMO DEBO PREPARARME?

La colonoscopia requiere una preparación previa que ya se le ha indicado, y que es muy importante, ya que de no estar correctamente preparado el colon, en ocasiones no se puede realizar la prueba y es necesario citarle otro día.

Aunque seguramente ya se le habrá solicitado, debe indicar a su médico si tiene alguna alergia, o si padece de alguna enfermedad cardiopulmonar. También es muy importante que nos notifique con anterioridad a la exploración si toma habitualmente anticoagulantes (por ejemplo, Sintrom), antiagregantes (por ejemplo: Adiro, Disgren, Tiklid, etc.) o antiinflamatorios (por ejemplo: Voltarén, Feldene, Inacid, etc., Aspirina u otros medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico) o si es portador de una prótesis cardíaca.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

La colonoscopia puede producir, de forma excepcional, algunas complicaciones, tales como dolor abdominal, perforación, hemorragia o alteraciones cardio-respiratorias, que en algún caso pueden requerir ingreso en la Clínica e incluso cirugía urgente.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

ALTERNATIVAS

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

Sé que el otorgar este consentimiento informado no supone ningún tipo de renuncia a mis derechos médico-legales de todo orden, así como también puedo anularlo en cualquier momento previo a la prueba.

El abajo firmante, declara haber sido informado debida y comprensiblemente por el facultativo responsable de su asistencia de los beneficios, riesgos y alternativas de la prueba, y estar de acuerdo con la realización de la misma, por lo que da su consentimiento libremente.

Fecha: _____ Hora: _____

Paciente o representante (**Nombre y Firma**)

Médico (**Nombre y Firma**)

D.N.I.: _____

Nº Col.: _____

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr./Sra. _____ después de ser informado/da de la naturaleza y los riesgos del procedimiento COLONOSCOPIA, manifiesto de forma libre y consciente mi

DENEGACIÓN **Motivo:** _____

REVOCACIÓN

Para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Fecha: _____ Hora: _____

Paciente o Representante Legal (**Nombre y Firma**)

Médico (**Nombre y Firma**)

D.N.I.: _____

Nº Col.: _____

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Responsable del Tratamiento: IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U con domicilio social en Calle Zurbarán, 28 – 28010 Madrid. **Datos de contacto DPO:** DPO@quironsalud.es. **Finalidad del tratamiento:** asistencia sanitaria. **Destinatarios:** en su caso, entidad aseguradora del paciente. **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>