

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA Esofagogastroduodenoscopia

Yo, _____ autorizo el funcionamiento sobre mi misma, del siguiente procedimiento: Esofagogastroduodenoscopia con biopsia, polipectomía y o dilatación si es juzgado necesario por mi médico.

Usualmente su médico le dará un sedante y un narcótico por la vena para ayudarle a relajarse durante su procedimiento. A esto se le llama sedación consciente. El sedante puede inducir amnesia, que puede durar algunas horas después de su procedimiento.

También se le dará medicamento para entumecer su garganta

Esofagogastroduodenoscopia es la examinación del esófago, estómago y la primera parte del intestino pequeño usando un tubo flexible (endoscopio). El tubo se inserta en la boca y se pasa por las estructuras nombradas antes, permitiendo la evaluación de ellas. Esta es una rutina la toma de fotografías por medio del endoscopio durante el procedimiento. Aunque la exactitud para ver a través del endoscopio sea alta, una anomalía podría faltar en un examen competente realizado. Si alguna anomalía es notable, una pequeña porción de tejido (biopsia) se puede quitar para el estudio microscópico y o un pólipo puede ser encontrado que pueden requerir el uso de un asa de alambre y de una corriente eléctrica (cauterio) para poder quitarlo. La dilatación o estirar áreas angostas se puede también encontrar necesario durante el curso de este procedimiento.

Complicaciones pueden ocurrir e incluyen: 1) reacción alérgica inesperada al medicamento. 2) perforación que puede requerir cirugía en un hospital para repararla. 3) sangrado que puede requerir transfusión y/o cirugía. 4) inhalación de los jugos del estómago en los pulmones. 5) infección.

El procedimiento será realizado por _____ M.D. y recibiré la medicación necesaria por este médico. Certifico por este medio que entiendo completamente la naturaleza del procedimiento nombrado arriba, de sus ventajas y de las complicaciones posibles. Mientras se realiza el procedimiento, si mi médico descubre o concluye que procedimientos adicionales se deben realizar y en su juicio sería médicamente desaconsejable e impráctico retrasar tales procedimientos, deseo que tales procedimientos adicionales sean realizados.

Firma de paciente o guardián

fecha

testigo

Forma de reconocimiento del médico:

El infrascrito confirma que este consentimiento informado, como se describe anteriormente, ha sido dado por el paciente.

.M.D

Estimado Paciente:

Las nuevas regulaciones federales han instituido un programa informativo para todos los pacientes que planean tener una cirugía o un procedimiento en un Centro Ambulatorio de Cirugía (Ambulatory Surgery Center-ASC).

Incluido por favor encuentre la información escrita que necesita leer y ser consciente antes de su día programado de cirugía o de procedimiento.

También, por favor estar consciente de que necesitamos un formulario firmado que verifica que recibió esta información ambas formas verbalmente y escrito. Nuestro personal de oficina se comunicara para darle esta información verbalmente, si no lo han hecho todavía.

La oficina de su médico pudo también haberle dado esta información y le hizo firmar un formulario en su oficina; si es así, puede desatender la información escrita incluida.

Por favor comunicarse con el centro en caso de alguna pregunta o preocupación que pueda tener antes de su cirugía o procedimiento programado. 401-274-1810

Sinceramente,

Kathryn Abiri, RN MSN
Administrador de la Facilidad