

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

**Apellido y Nombre del Paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

**DNI:**

**Profesional solicitante o quien realiza el procedimiento:**

**Fecha:**    /    /        **Hora:**

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán así como también me ha sido informado que puedo NO DESEAR recibir esta información en cuyo caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pié, o puedo autorizar en este acto a ..... DNI..... a recibir la información y a DECIDIR sobre el tratamiento al que seré sometido.

Por el presente doy mi consentimiento de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 26.529, su Decreto reglamentario N° 1089/2012 y sus normas modificatorias, complementarias y regulatorias para ser sometido a la siguiente intervención:

**COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) CON ESFINTEROTOMÍA y/o EXTRACCIÓN y/o COLOCACIÓN DE DRENAJES.**

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es una técnica especializada que utiliza un endoscopio especial cuya visión lateral permite el acceso a estructuras anatómicas determinadas (ej. papila duodenal mayor). Permitiendo instrumentar con diversos accesorios (catéteres, esfinterotomos, prótesis, etc.) tanto la vía biliar como de la vía pancreática. Las imágenes se observan por video en un monitor conectado al endoscopio, y se complementa con imágenes de radioscopia.

Los **beneficios** razonables del tratamiento propuesto consisten en permitir el drenaje del conducto biliar y/o pancreático cuando estos están obstruidos ya sea por patología benigna (ej. cálculos, estenosis, parásitos, etc.) o maligna (tumores), en el último caso permite el tratamiento paliativo mediante la colocación de prótesis plásticas o metálicas para permitir el drenaje biliar y aliviar síntomas que alteran la calidad de vida del paciente (fiebre, dolor, picazón de la piel etc.).

Las posibles consecuencias negativas de no realizar la práctica sugerida varían según su indicación. Por tratarse de un procedimiento con posibilidad de tratamiento endoscópico, permite no sólo diagnosticar el problema sino también intenta tratar o eliminar la dolencia evitando que traiga otras complicaciones. Por lo tanto, no realizarlo implica que la enfermedad persista con consecuencias variables según el caso, acarreando consecuencias no deseables en el cuidado de su salud.

Los **riesgos** posibles aunque poco frecuentes son: pancreatitis (inflamación del páncreas), colangitis (infección en los conductos biliares), sangrado, y perforación (desgarro de la pared tubo digestivo) posterior al procedimiento. Estos pueden aumentar en pacientes con enfermedades crónicas subyacentes así como en edades extremas. Estas complicaciones

se resuelven en su mayoría con tratamiento médico conservador y/o endoscópico, y solo en casos graves puede ser necesaria una intervención quirúrgica urgente.

En alguna oportunidad el estudio puede no completarse por razones médicas, técnicas y anatómicas. El equipo asistencial a cargo realizará las evaluaciones y tomará las medidas pertinentes para mitigarlo de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica vigentes.

El profesional me informa que el procedimiento requiere de ANESTESIA GENERAL, se me explica el tipo de anestesia que se va a aplicar y sus riesgos, además de la necesidad de realizar una valoración pre-quirúrgica previa a la intervención.

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas por el profesional y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros profesionales de su equipo a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.

También autorizo y consiento la obtención de fotografías o imágenes de video del procedimiento para ser utilizado con propósitos educacionales o científicos, comprometiéndose a que mi identidad no será revelada en ninguno de estos medios o en los textos que lo acompañen

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha:.....

Firma y aclaración del paciente:.....

Firma y aclaración del familiar:.....

Negativa a recibir información: Firma.....

Firma y sello del médico:.....