

# CONSENTIMIENTO INFORMADO COLONOSCOPIA VIRTUAL

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

La Colonografía por Tomografía Computarizada (Colonografía-TC), también llamada Colonoscopia Virtual utiliza un TC-Scanner con dosis bajas de radiación para obtener imágenes del colon, para poder identificar pólipos u otros tumores. El examen se realiza insertando un pequeño tubo para distender el colon con aire. La duración de la prueba, aunque es variable puede estimarse entre 10 y 15 minutos. Aunque habitualmente no requiere contraste intravenoso, en algunas ocasiones, puede ser necesario para completar el estudio.

## BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

El examen es mínimamente invasivo, la Colonografía TC es una alternativa excelente para aquellos pacientes en los que la colonoscopia directa no puede realizarse, o no se puede completar la visualización de todo el colon. No se necesitan sedantes o calmantes, regresando al término de la prueba a sus actividades normales.

## DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS SECUNDARIOS TÍPICOS DEL PROCEDIMIENTO.

Existe un riesgo muy pequeño de que, al introducir aire, se pueda dañar o perforar el colon se calcula que esto sucede en menos de 1 cada 10.000 pacientes. La Colonografía-TC no se recomienda en paciente que tengan enfermedad de Crohn activa colitis ulcerosa, enfermedad inflamatoria intestinal o diverticulosis por incrementar el riesgo de perforación del colon.

El riesgo de cáncer como exposición excesiva a la radiación es mínimo en esta prueba siendo mucho más importante el beneficio del diagnóstico que el riesgo teórico de la misma.

El embarazo es una contraindicación para esta prueba con lo que tiene que comunicarlo ante la más mínima sospecha.

El contraste yodado es una sustancia generalmente bien tolerada. La inyección puede hacerle notar cierta sensación de calor, e incluso sabor metálico. En raras ocasiones el contraste yodado puede provocar reacciones alérgicas que generalmente son leves (náuseas, picores, pequeñas reacciones en la piel) y muy excepcionalmente pueden ser graves o muy graves (el porcentaje de fallecimientos es menor de un caso por millón de estudios realizados), requiriendo de asistencia médica inmediata. En nuestra clínica contamos con el personal y medios técnicos necesarios para ofrecerle una asistencia urgente. Actualmente no existe ningún medio eficaz para prevenir o poder predecir si se es alérgico al yodo. En ocasiones se utiliza contrastes por vía oral. El contraste oral prácticamente no tiene efectos secundarios, salvo que ocasionalmente puede producir un aumento del ritmo intestinal y llegar a provocar una leve diarrea. En caso de ser alérgico al yodo, puede sustituirse por un contraste de Bario.

## DESCRIPCIÓN DE RIESGOS PERSONALIZADOS

De acuerdo el cuestionario de seguridad y datos sanitarios que nos ha facilitado, los riesgos adicionales que usted asumiría al consentir esta prueba serían: \_\_\_\_\_

Cree usted que en su caso existen otros posibles riesgos que debemos conocer: \_\_\_\_\_

**POSIBLES PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS.** La única alternativa es la colonoscopia "tradicional" con introducción de sonda por el recto, bajo sedación y/o anestesia.

Si después de leer detenidamente este informe desea más información o necesita alguna aclaración, por favor no dude en preguntar al personal sanitario que le atiende. La firma de este consentimiento no cierra por nuestra parte la obligación de informarle durante todo el proceso asistencial, de modo que **usted puede mantener o retirar su consentimiento en cualquier momento.**

**Declaro, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,** que he sido informado de forma comprensible sobre la utilidad, naturaleza y riesgos de los procedimientos mencionados. Quedo satisfecho con la información recibida, con mayor motivo tras haber podido formular las preguntas que he creído convenientes y recibido la información suficiente a todas mis dudas. Se me proporcionará además una copia de este documento si así lo deseo. En consecuencia, **doy mi consentimiento para su realización y acepto los riesgos inherentes al procedimiento que me van a efectuar.** Si surgiera alguna situación imprevisible urgente que requiriese algún procedimiento distinto al que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (\*)

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

(Nombre y apellidos del médico y Nº Colegiado)

(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I)

(\*) Representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

## DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ como paciente (o representante del paciente  
D / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ ), manifiesto de forma libre y consciente mi

**DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para \_\_\_\_\_ ,  
haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (\*)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del médico y N<sup>o</sup> Colegiado)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I)

2

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

**Retiro la autorización para la realización del procedimiento indicado**, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (\*)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del médico y N<sup>o</sup> Colegiado)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I)

*En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.*

*Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web [www.resona.es](http://www.resona.es)*