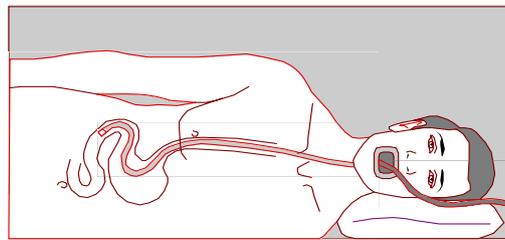


## Panendoscopia oral (esófago-gastro-duodenoscopia)

- 1.- La panendoscopia oral 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, la anestesia y/o la utilización de un 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 o anestesia 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 frecuentes como náuseas y vómitos; otros poco frecuentes como dolor y distensión abdominal, hemorragia (0.03-0.1%), aspiración bronquial (0.08%), hipotensión, reacciones alérgicas y flebitis o muy raros como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (accidente cerebrovascular agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad (1/10.000).



- 5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar el paciente en ayunas.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,.....) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica o realizar otras técnicas terapéuticas. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.



## Panendoscopia oral (esófago-gastro-duodenoscopia)

7.- La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

Acepto

### DECLARACIONES Y FIRMAS

Etiqueta

Don/doña: .....  
Fecha de nacimiento: .....  
Nº Historia: .....  
Afilación: .....  
Domicilio: .....  
Teléfono: .....

#### Declaro:

Que el Dr./Dra.: ..... me ha informado de la necesidad/conveniencia de realizar una **Panendoscopia oral (esófago-gastro-duodenoscopia)**, y se me ha explicado y he aceptado y comprendido la información que se me ha dado. El facultativo que me ha atendido es quien me ha facilitado las explicaciones en lenguaje claro y sencillo y he comprendido el procedimiento, así como sus riesgos y complicaciones más frecuentes, tanto de tipo general como derivados de mi situación concreta.

He sido, así mismo, informado/a de las posibles alternativas, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado las dudas planteadas.

Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

En consecuencia, **doy mi consentimiento** para que se me realice la intervención que me ha sido explicada anteriormente.

En Huesca, a ..... de ..... de .....

Firma del paciente:

Firma del médico

.....

.....

### TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./Dña. .... con DNI. ...., y en calidad de .....  
, soy consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que >

He sido suficientemente informado/a del procedimiento que se le va a realizar y doy expresamente mi consentimiento para su realización, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o representante legal



Enfermedades Aparato Digestivo  
Hígado. Vías Biliares  
Endoscopia digestiva

Clínica Quirón Floresta  
Avda. Gómez Laguna, 82  
50.012 Zaragoza  
Tfo: 976 579 000  
Móvil: 676 229 264  
e-mail: digestivoaragon@gmail.com

## Panendoscopia oral (esófago-gastro-duodenoscopia)

.....

### **NO AUTORIZACIÓN / ANULACIÓN**

Por la presente **NO AUTORIZO / ANULO** cualquier consentimiento plasmado en el presente impreso, que queda sin efecto a partir de este momento. Me han sido explicadas, y entiendo y asumo las repercusiones que sobre la evolución del proceso ello pudiera derivar.

En Zaragoza, a ..... de ..... de .....

**Firma del paciente o representante legal**

.....