

INGRESO MÉDICO

Fije aquí la pegatina con los datos del paciente
Affix patient label

COLONOSCOPIA

GASTROSCOPIA



THE
digestive
health
CENTRE

90 David Street
DANDENONG 3175
PH: 9791 8788
FAX: 9792 1508

INDICACIÓN:

RIESGOS ESPECÍFICOS:

PROCEDIMIENTOS ADICIONALES: Prueba H.P. , dilatación, biopsia, ileoscopia, **ENEMA?**

GASTROSCOPIA/COLONOSCOPIA: Gastroscopía y colonoscopia son unos modernos procedimientos quirúrgicos en los que se inserta suavemente una minúscula cámara de video en el estómago o el intestino, bajo el efecto de una anestesia local. Usted **deberá** estar acompañado por un adulto que lo llevará a su casa una vez concluido el examen. No podrá conducir, trabajar, operar maquinarias o tomar decisiones importantes hasta el próximo día. El gastroenterólogo puede tomar fotografías muy exactas del interior de su estomago o intestino y también puede obtener muestras y extirpar aquellos crecimientos que pueda encontrar, todo en el mismo procedimiento. Es muy poco probable que usted sienta o recuerde algo del procedimiento. Aquellos pacientes que han sido remitidos para una colonoscopia deberán recoger su kit de preparación intestinal al menos 3 días antes de la fecha de su consulta. Usted no podrá consumir nada de comer o de beber por 6 horas antes de su cita.

MEDICAMENTOS: Por favor, avísenos si esta tomando WARFARIN o algún medicamento DIABÉTICO. Es posible que tengamos instrucciones especiales para usted. Si este no es su caso, deberá seguir tomando sus medicamentos de la forma acostumbrada.

¿QUE OTRA ALTERNATIVA TENGO?: Los problemas del intestino pueden ser diagnosticados algunas veces usando rayos-x y tomografía o haciendo un análisis de heces para detectar restos de sangre. Estos procedimientos son seguros pero no tan precisos como la endoscopia. Además, no es posible tomar muestras o extirpar tumores pequeños con rayos-x.

¿QUE SUCEDE DESPUÉS?: Tanto antes como después del procedimiento usted tendrá tiempo para hablar con el gastroenterólogo y el anestésista que ejecutarán su examen. Una vez finalizado este, usted recibirá una copia del informe de la endoscopia.

DECLARACIÓN Y SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO

Declaro que:

El doctor me ha explicado mi condición medica y el procedimiento propuesto.

He leído la hoja informativa y los riesgos del procedimiento, incluyendo aquellos riesgos especificos a mi caso. El doctor me ha explicado otras opciones de tratamientos apropiados que **no** incluyen este procedimiento. Se me pidió que hiciera preguntas y que compartiera mis preocupaciones con el doctor sobre mi condición, el procedimiento y sus riesgos y mis opciones de tratamiento. Las preguntas y preocupaciones fueron discutidas y contestadas a mi satisfacción.

Entiendo que si se extraen biopsias (muestras de tejido) durante la operación, estas serán examinadas en busca de enfermedades y serán desechadas de manera adecuada por el servicio de patología.

Entiendo que no se me ha dado garantía alguna de que el procedimiento mejorará mi condición, y que el procedimiento puede empeorar mi condición.

Basándome en la declaración anterior, **DESEO SOMETERME AL PROCEDIMIENTO** (Gastroscopia / Colonoscopia)

Firma del paciente: Fecha:

Firma del Doctor: Nombre del Doctor:
(Con letras de molde)