

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA FLEXIBLE CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO REALIZADO CON VIDEOENDOSCOPIA

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°/2020./INSNSB)

Nombre del Procedimiento: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA FLEXIBLE CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO REALIZADO CON VIDEOENDOSCOPIA - CÓDIGO DE CPMS: 43247

Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades – Gastroenterología Pediátrica

Diagnóstico: Presencia de cuerpo extraño en vía digestiva alta que requiere su extracción.

Descripción del Procedimiento: Introducción de videoendoscopio para visualización de cuerpo extraño en esófago o estómago y proceder a intentar realizar su extracción utilizando pinzas de extracción de cuerpo extraño con visualización endoscópica.

Objetivos del Procedimiento: Realizar la extracción exitosa del cuerpo extraño en vía digestiva

Beneficios Esperados: Extracción del cuerpo extraño ingerido.

Riesgos ó Complicaciones Frecuentes: Sangrado, aspiración, escaso sangrado.

Riesgos ó Complicaciones poco Frecuentes: Perforación esofágica, gástrica o duodenal, sangrado moderado, paro cardiorespiratorio.

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento: No llegar a extraer el cuerpo extraño, el cual podría producir corrosión, infección, ulceración perforación en tejido / zona donde se encuentre impactado el cuerpo extraño

Describir posibilidad de Método diagnóstico Alternativo: Extracción de cuerpo extraño por intervención quirúrgica.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente: Paciente con comorbilidades (otras patologías de fondo) tienen más riesgo de sangrado, neumonía aspirativa, bacteriemia, perforación del tubo digestivo y paro cardiorrespiratorio.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado (X) De acuerdo a enfermedad de fondo ()

Recomendaciones/Observaciones:

- Ayuno 8 horas antes si son alimentos sólidos, 6 horas antes si es leche de fórmula y 4 horas antes si es leche materna.
- En caso de pila alcalina impactada en esófago su extracción es una emergencia por lo que se podría considerar menos horas de ayuno para su extracción.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el **Diagnóstico: Presencia de cuerpo extraño en vía digestiva alta que requiere su extracción.**

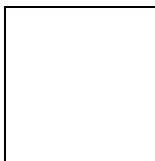
Declaro:

Que el Médico _____ con CMP N° _____ y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **PROCEDIMIENTO: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA FLEXIBLE CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO REALIZADO CON VIDEOENDOSCOPIA**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA FLEXIBLE CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO REALIZADO CON VIDEOENDOSCOPIA.

San Borja, dedel 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha _____ para la realización de ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA FLEXIBLE CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO REALIZADO CON VIDEOENDOSCOPIA y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, dedel 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____