

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DIAGNÓSTICA

(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°...../20.... /INSNSB)

**Nombre del Procedimiento:** Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica

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

**Diagnóstico:** El médico(a) gastroenterólogo(a) indica este procedimiento cuando requiere evaluar: disfagia, complicaciones de reflujo gastroesofágico, dispepsia, dolor abdominal, dolor torácico no cardíaco, vómitos inexplicables, anemia ferropénica, presencia de várices esofágicas y/o gástricas; determinar el origen del sangrado gastrointestinal o toma de muestras diagnósticas (biopsias).

**Descripción del Procedimiento:** Consiste en la introducción de un tubo flexible con una cámara iluminada en miniatura (videoendoscopio) para visualización directa de esófago, estómago y duodeno, con toma de biopsias si es requerido. El paciente recibirá anestesia a la cual estará a cargo del médico anesthesiologo programado en Sala de Procedimientos /Centro Quirúrgico.

**Objetivos del Procedimiento:**

Evaluación del tracto digestivo alto, incluyendo esófago, estómago y duodeno a fin de llegar a un diagnóstico en el paciente.

**Beneficios Esperados:** Diagnóstico de patología esofágica, gástrica y/o duodenal con toma de muestras diagnósticas en caso de requerirse, para brindar un tratamiento adecuado y oportuno, de ser necesario.

**Riesgos o Complicaciones Frecuentes:** Sangrado escaso, aspiración.

**Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:** Perforación, sangrado moderado, paro cardiorrespiratorio.

**Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento:** No llegar al diagnóstico correcto y por lo tanto no brindar el tratamiento adecuado y oportuno a la patología que pueda presentar el paciente.

**Describir posibilidad de Método diagnóstico Alternativo:** No hay método diagnóstico alternativo.

**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 ( ) 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.

**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

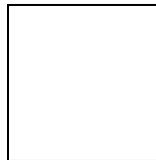
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con  
\_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica  
N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE  
N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al estado de salud de mi  
familiar, la realización del procedimiento de **Endoscopia Digestiva Alta** 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 de **Endoscopia Digestiva Alta**.



San Borja, ..... de .....del 20.....

\_\_\_\_\_  
**Firma del Representante Legal**

Huella Digital

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico**

**Responsable**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**DNI N°** \_\_\_\_\_

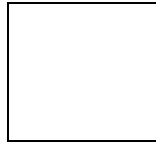
**CMP N°** \_\_\_\_\_

**RNE N°** \_\_\_\_\_



### **REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

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 del procedimiento de **Endoscopia Digestiva Alta** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



San Borja, ..... de .....del 20.....

\_\_\_\_\_  
**Firma del Representante Legal  
Responsable**

Huella Digital

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**CMP N°** \_\_\_\_\_

**DNI N°** \_\_\_\_\_

**RNE N°** \_\_\_\_\_