

RALEIGH ENDOSCOPY CENTER

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UNA SIGMOIDOSCOPIA

Explicación del procedimiento

La visualización directa del colon sigmoide con instrumentos iluminados se llama sigmoidoscopia. La información que sigue a continuación se presenta para ayudarle a entender la razón de realizar este procedimiento y sus riesgos posibles. En el momento de su examen, se inspeccionarán las paredes del ano, el recto y el lado izquierdo del colon, generalmente a una profundidad aproximada de 60 cm o 25 pulgadas. En caso de que se observe o se sospeche de una anomalía, se extraerá o cepillará una pequeña muestra de tejido (biopsia). Estas muestras son examinadas por un patólogo bajo el microscopio para determinar si hay células anormales. Generalmente, para este procedimiento no se da sedación y es posible que experimente cierta molestia.

Principales riesgos y complicaciones de la sigmoidoscopia

La sigmoidoscopia es un procedimiento de bajo riesgo. No obstante, todas las complicaciones que se enumeran más abajo son posibles y su médico le explicará con qué frecuencia se presentan. Si tiene alguna pregunta sobre el procedimiento que no se haya contestado, debe hablar con su médico.

1. **PERFORACIÓN:** El desplazamiento del instrumento podría causar una lesión en las paredes del colon sigmoide, lo que tal vez provoque un escape o filtración del contenido del colon sigmoide en la cavidad corporal. Si esto ocurre, es probable que se requiera cirugía para detener el escape.
2. **SANGRADO:** Generalmente, el sangrado, si ocurre, es una complicación de la biopsia. El control de esta complicación puede consistir solamente en una observación cuidadosa, pero también es posible que sean necesarias transfusiones de sangre, hospitalización o cirugía.
3. **OTROS:** Estos incluyen complicaciones provocadas por otras enfermedades que usted tal vez ya tenga. Deberá informar a su médico todas sus alergias y problemas médicos. La muerte es una complicación rara e infrecuente.

Alternativas de la sigmoidoscopia

No hay una alternativa a la sigmoidoscopia. El examen con rayos X no permite observar bien esta parte del colon.

Certifico que entiendo la información relacionada con la SIGMOIDOSCOPIA. He recibido información completa sobre los riesgos y las posibles complicaciones de mi procedimiento. Por la presente autorizo y permito a «USName» y a quien pueda designar como asistente para realizar la sigmoidoscopia. Si durante el procedimiento apareciera una afección no prevista que exigiera procedimientos o tratamientos adicionales, doy mi autorización para que él o ella haga lo que considere aconsejable. En caso de que se necesite cirugía, entiendo que deberé ser transferido a otra instalación con este propósito. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado nada con respecto al resultado de esta sigmoidoscopia.

Fecha	Hora	Firmado por el paciente o persona autorizada legalmente
-------	------	---

Fecha	Hora	«USName»
-------	------	----------

«PName»

«PNumber»

«PDOB»

«USName»