

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### VIDEO CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Yo, (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_, declaro en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado/a por el Dr. \_\_\_\_\_ sobre la **Video Cápsula Endoscópica**:

Que se trata de un estudio que permite evaluar las paredes internas del intestino delgado mediante la obtención de imágenes que son tomadas por una pequeña cámara de video, en forma de cápsula, que recorre todo el tracto digestivo en forma natural. Dichas imágenes son transmitidas a sensores colocados en mi abdomen con parches adhesivos, los cuales están conectados a un grabador que almacena las imágenes. Transcurridas, aproximadamente 8 horas, se retiran los accesorios para procesar los datos. La cápsula es excretada, posteriormente, con normalidad.

Se me ha entregado información escrita (folleto) que explica la naturaleza, el propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento, en términos que yo he comprendido adecuadamente. Se me ha dado tiempo suficiente para leer la información, y se me han brindado las respuestas a todas las preguntas que formulé.

También se me ha informado que el posible evento adverso, aunque infrecuente (1%), podría ser la retención de la cápsula por obstrucción del intestino delgado, que requeriría una solución endoscópica o quirúrgica. También se me ha comunicado que, durante el transcurso de este procedimiento diagnóstico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pudieran exigir un cambio de conducta, como ser la realización de una Endoscopia para reubicar o rescatar la cápsula.

Se me han explicado los procedimientos alternativos y sus riesgos, sus beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto. Dichas alternativas son: la Enteroscopia con Balón, la Enterografía por Tomografía Computada o Resonancia Magnética y la Cirugía abdominal.

Por último, he sido informado/a acerca de las consecuencias, ciertas o previsibles, de la NO realización del procedimiento propuesto o de su alternativa -arriba mencionada- que dejarían libradas las lesiones a su natural evolución.

Por lo tanto, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y a sus colaboradores, a que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud.

El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan, de acuerdo con la ley N° 25326 de Protección de Datos.

Asimismo, se deja constancia de que en un 5-10% de los pacientes, a pesar de tener una patología, no se puede llegar a detectar -por deficiente preparación-, ubicación en áreas llamadas ciegas o agotamiento de las baterías.

Autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y a sus colaboradores, a contactarme en la eventualidad de que exista algún estudio clínico que pueda resultar beneficioso para el control y/o tratamiento de la enfermedad que padezco, en el entendimiento que en dicho caso deberé, si así lo deseara, suscribir un consentimiento específico para el estudio en que se me ofrezca participar voluntariamente.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará y entendiendo completamente las explicaciones que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s señalados precedentemente.

En el momento en que suscribo el presente, dejo constancia de que puedo solicitar una copia de este consentimiento como así también de la información por escrito del procedimiento endoscópico al que voluntariamente me someto.

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA y aclaración del MÉDICO RESPONSABLE  
SELLO

\_\_\_\_\_  
FIRMA y aclaración del PACIENTE  
DNI N°

\_\_\_\_\_  
(\* ) FIRMA y aclaración del RESPONSABLE  
DNI N°  
GRADO DE PARENTESCO

(\* ) Sólo en caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por su representante legal (cónyuge, progenitores, tutor o curador, pariente más próximo o allegado que se ocupe de su asistencia).