



MILAN S CHAKRABARTY, M.D.
SANDRA DEL VALLE, PA-C

TAHIR QASEEM, MD. F.A.C.P., F.A.C.G.
CHRISTINA BARONOV, NP-C

SHALA BATTLE, NP-C

Consentimiento al Cholangiopancreatogram Retrogrado (ERCP) Endoscópico y a los procedimientos relacionados

1. Por la presente autorizo al Dr. _____ y a los asistentes que puedan ser seleccionados por él o ella para realizar colangiopancreatograma retrógrado endoscópico (ERCP) y procedimientos relacionados. Entiendo que nuestros médicos del personal en los programas de residencia y compañerismo, asistentes médicos y/o enfermeras practicantes, y enfermeros, pueden participar en el procedimiento bajo la dirección de mi médico (s).

2. Me han explicado la naturaleza de mi condición (incluyendo estado de salud, diagnóstico y pronóstico), el procedimiento a realizar, la naturaleza y la probabilidad de los riesgos involucrados, los beneficios que se esperan razonablemente, la imposibilidad de predecir resultados, el resultado probable de ningún tratamiento, y cualquier tratamientos alternativos o procedimientos de diagnóstico y sus riesgos y beneficios.

3. Información proporcionada: ERCP es un procedimiento de diagnóstico que proporciona información sobre los conductos biliares, la vesícula biliar y el páncreas. El conducto biliar y el conducto pancreático drenan en el intestino a través de una pequeña abertura llamada la ampolla de Vater localizada justo más allá del estómago. Esta área se alcanza con un endoscopio flexible (tubo delgado largo) pasado a través de la boca. Un tubo de plástico delgado, pasado a través del endoscopio, un tubo de plástico delgado, se inserta en la ampolla de Vater, se inyecta el material de contraste de rayos x, y se toma la radiografía.

Los cuadros de radiografía revelarán anomalías tales como piedra, tumores, o las estenosis que bloquean los conductos biliares o pancreáticos. Instrumentos especializados pasados a través del endoscopio se pueden utilizar para tratar estas anomalías. A menudo es necesario hacer una pequeña incisión para agrandar las aberturas en el extremo del conducto biliar (sphincterotomy) de modo que sea posible extraer piedras o colocar un tubo (stent) a través de una obstrucción.

El ERCP se realiza en la unidad de endoscopia en una mesa de rayos x. Se tarda 15-45 minutos dependiendo de la dificultad técnica y la anomalía que se trata. Se inicia una infusión intravenosa en la mano o el antebrazo para la administración de medicamentos. La garganta se puede anestesiarse con un aerosol o hacer gárgaras para reducir el acortado. Se le administrarán medicamentos intravenosos para la sedación mientras permanezca consciente durante el procedimiento. Usted podrá respirar, pero no podrá tragar ni hablar. Se le vigilará estrechamente durante el procedimiento.

4. Limitaciones: El ERCP y procedimientos relacionados tienen éxito en más del 90% de los casos.

5. Alternativos. Los métodos alternativos para la obtención de radiografías directas del conducto biliar o del conducto pancreático y el alivio de la obstrucción son la cirugía y la colangiografía transhepática (una radiografía de conducto biliar por una aguja a través del hígado). Estas alternativas son más invasivas y suelen asociarse a un mayor riesgo. Las pruebas no invasivas como el ultrasonido y la tomografía computarizada (CT scan) proporcionan información sobre los conductos biliares y el páncreas, pero no son tan precisos.

6. Beneficios: El ERCP y los procedimientos terapéuticos relacionados se utilizan para diagnosticar y tratar enfermedades graves de los conductos biliares y del páncreas. Como procedimiento de diagnóstico, a menudo es el método más seguro que proporciona información crítica para el tratamiento. Es el único método para obtener radiografías directas del conducto pancreático. Permite la extracción de piedras del conducto biliar o el alivio de la obstrucción sin cirugía convencional u otros métodos de alto riesgo.

7. Riesgos: El ERCP y los procedimientos terapéuticos relacionados (sphincterotomy/extracción de piedra, y reemplazo del stent) son generalmente menos arriesgados que las alternativas de la cirugía y de otros procedimientos radiológicos en los cuales complicaciones serias pueden ocurrir. Los riesgos relacionados con la sedación intravenosa y el uso de medicamentos intravenosos.

Inflamación de la vena utilizada para la inyección: hematomas en el sitio de la línea intravenosa; reacciones alérgicas como ronchas, sibilancias y anafilaxia (una emergencia aguda que amenaza la vida que implica shock y dificultad para respirar); problemas con la función cardíaca y pulmonar (latidos cardíacos irregulares y respiración lenta); y raramente, la muerte.

Riesgos relacionados con el paso de un endoscopio a los intestinos.

Continuado en siguiente pagina

Un dolor leve en la garganta después de la endoscopia es común. Se insertara un bloqueo de mordida para proteger los dientes y el equipo. **Por favor denos a saber si usted tiene alguna diente suelto , ya que no nos haremos responsables de los dientes que caigan durante el procedimiento.**

Todas las dentaduras postizas deben quitarse antes de comenzar el procedimiento. Raramente, el esófago, el estómago o el duodeno pueden perforarse durante un procedimiento difícil.

Riesgos relacionados con la inyección de contraste de rayos x.

La pancreatitis (inflamación del páncreas) ocurre en menos del 5% de los pacientes. Pancreatitis causa dolor abdominal y nausea y vomito ocasional. Usualmente es muy leve. Tratamiento involucra hospitalización para líquidos intravenosos y analgésicos. Raramente la pancreatitis puede dar lugar a una enfermedad más seria que requiera tratamiento quirúrgico de emergencia o puede resultar en la muerte.

Riesgos relacionados con la esfinterotomía (incisión del conducto biliar distal) extracción de piedra y colocación de stent.

Estos procedimientos terapéuticos pueden dar lugar a colangitis (infección en los conductos biliares), hemorragia, y perforación de los conductos biliares o del duodeno. Ocasionalmente es necesaria una transfusión. Un pequeño número de pacientes puede requerir una cirugía de urgencia para corregir estas complicaciones. En raras ocasiones, puede ocurrir la muerte.

Entiendo que el posicionamiento del cuerpo durante el procedimiento puede resultar en lesiones a los nervios o vasos sanguíneos (entumecimiento, dolor, hormigueo o problemas de circulación). Raramente tal lesión podría ser seria o incluso permanente. Entiendo que se toman precauciones para minimizar la ocurrencia de tales lesiones.

8. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Reconozco que no se me han hecho garantías sobre los resultados del procedimiento (s).

9. Entiendo que durante el transcurso del procedimiento (s), pueden surgir o descubrirse condiciones imprevistas que requieran el cumplimiento de procedimientos adicionales. Por la presente consiento el cumplimiento de tales procedimientos adicionales como mi médico crea que es necesario o aconsejable.

10. Por la presente autorizo a GI Excellence, Inc. a dipose o a retener para fines diagnósticos, terapéuticos, de investigación o educativos, cualquier tejido, órgano o partes del cuerpo que se eliminen como parte necesaria del procedimiento.

11. Entiendo que GI Excellence, Inc. puede, de vez en cuando, fotografiar o grabar en video un procedimiento quirúrgico o un tratamiento de interés científico particular para el adelanto de la educación y atención médica , a menos que yo solicite expresamente lo contrario. en tales casos, la identidad del paciente permanece totalmente confidencial.

12. Entiendo que puedo requerir una transfusión de sangre y/o producto (s) de sangre durante mi tratamiento. Entiendo que la sangre o los productos sanguíneos se me administrarán sólo si mi médico determina que necesito la transfusión. Entiendo que los beneficios de recibir una transfusión incluyen: (i) para el glóbulo rojo la prevención del hypoxemia (nivel bajo del oxígeno) que deteriora la función de órganos; (ii) para plaquetas, plasma, crioprecipitado y factores de coagulación-prevención o cese de sangrado, hematomas, hemorragia en un órgano vital, tracto gastrointestinal, o cerebro. También entiendo que el riesgo asociado con una transfusión incluye riesgos comunes, inusuales y raros, que incluyen pero no se limitan a; (i) **Comun:** fiebre y/o escalofríos, reacción alérgica (ronchas, picazón, sibilancias); (II: reacción hemolítica de la transfusión (destrucción de glóbulos rojos, a veces asociado con daño al riñón, choque y muerte), Anafilaxia (reacción alérgica grave con dificultad respiratoria, shock), transmisión de hepatitis, VIH (el virus causante del SIDA) u otra infección. Entiendo que las alternativas a la transfusión pueden incluir, pero no se limitan a (i) ninguna transfusión, aceptando la condición actual y los riesgos; (II) donar y recibir mi propia sangre (transfusión autóloga, sólo disponible antes de cierta cirugía electiva planificada cuando se espera una pérdida de sangre significativa); y (III) que otras alternativas pueden incluir _____ consiento la transfusión de sangre o productos sanguíneos si mi médico determina que es necesario para mi bienestar.

13. Entiendo que GI Excellence, Inc. puede participar en la enseñanza y que los estudiantes en varios programas de atención médica afiliados pueden observar y participar en mi cuidado bajo la supervisión de miembros del personal con licencia para ejercer, a menos que yo solicite expresamente lo contrario. También entiendo que, en ocasiones, los médicos, los estudiantes del programa de salud y los representantes de la compañía de equipos médicos no afiliados con GI Excellence, Inc. pueden observar, pero no participar en, procedimientos quirúrgicos bajo la supervisión de personal apropiado de GI Excellence, Inc., a menos que yo solicite expresamente lo contrario. Estas personas deben respetar la dignidad y la confidencialidad del paciente.

Declaración del Medico

He discutido el procedimiento propuesto, incluyendo la información anterior y los riesgos, beneficios y alternativas a este tratamiento propuesto y he respondido a las preguntas del pacientes.

Medico/PA/NP

Fecha y Hora de Consentimiento

Continuado en siguiente pagina

Declaracion de consentimiento del paciente

He leído lo anterior y se me ha explicado. He tenido la oportunidad de discutir el procedimiento con el médico y he tenido respuestas a mis preguntas satisfactoriamente. Consiento al tratamiento.

Firma del paciente

Fecha y hora del consentimiento

Si el paciente firma con una marca: _____
firma del testigo al paciente haciendo la marca

COMPLETE SOLAMENTE SI EL PACIENTE ES UN MENOR NO EMANCIPADO * O NO PUEDE DAR SU CONSENTIMIENTO DE OTRO MODO:

Representante autorizado para el menor de edad no emancipado (menores de 18 años); Padre, tutor legal, padre adoptivo con autorización DSS o DSS (ver política de consentimiento informado).

Representante para adulto incapaz de dar su consentimiento: agente de salud, tutor legal, pariente cercano (ver política de consentimiento informado).

nombre impreso del representante autorizado del paciente

Fecha y Hora del consentimiento

Firma del representante autorizado del paciente

Relacion con el paciente

Si es consentimiento telefónico, dos testigos deben escuchar el consentimiento,. Indique el nombre del representante autorizado, la fecha y la relación en los espacios proporcionados. Escriba "consentimiento telefónico" en la línea de firma del representante.

Firma del testigo

Firma del testigo

fecha y hora del consentimiento

Si el traductor ayudó con el proceso de consentimiento informado

Nombre del traductor

Relacion con el paciente or Departamento/Agencia de traducción

Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor no dude en darnos una llamada.

Por favor lea todo en esta literatura a fondo y llámenos si usted tiene preguntas o visite nuestra página web: www.gi-excellence.com.
Puede llamar al (951)652-2252

Para aprender más de los procedimientos de GI Excellence, Inc. y la tecnología de atención al paciente visite nuestra pagina web
www.gi-excellence.com.