

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCEDIMIENTO: Colonoscopia Virtual

El procedimiento diagnóstico que su médico le ha prescrito y al que va a someterse consiste en introducir aire por vía rectal utilizándose un pequeño tubo catéter o sonda con punta roma.

Normalmente este procedimiento es inocuo y no provoca molestias importantes. No obstante en ocasiones excepcionales, cabe la posibilidad de lesionar la zona con el catéter, o con el paso de contraste, especialmente si hay ya otras lesiones rectales como fisuras, fistulas, hemorroides, antecedentes de radioterapia, etc. En general, estas lesiones ocasionales son poco importantes y no requieren tratamiento especial.

Normalmente este procedimiento es sencillo, bien tolerado y podrá seguir llevando su vida normal después de la exploración.

Al utilizarse radiaciones ionizantes en este procedimiento, si una paciente cree que puede estar embarazada, deberá comunicarlo.

Si necesita cualquier aclaración, no dude en preguntar al personal que le atiende.

AUTORIZACION

PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL

D/Dña:.....

Con D.N.I. nº:

Declaro que he recibido información sobre las características de la prueba y los riesgos que su realización conllevan, así como que estoy satisfecho/a con la información recibida y que la he comprendido.

Decido(si/no) dar mi consentimiento para que se efectúe la prueba por los profesionales adecuados que se precisen, y soy responsable de las consecuencias de mi decisión.

Málaga a.....de.....de

**Firma del Paciente
(o Representan Legal)**

Firma del Médico

Firma del Testigo