



**GOBIERNO de CANTABRIA**

CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES



1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRE

**RADIODIAGNOSTICO**

HISTORIA CLINICA / CIP

**COLONOSCOPIA VIRTUAL**

**EN QUE CONSISTE.** 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.

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

Si precisa alguna aclaración al respecto, no dude en preguntar al personal que le atiende

**RIESGOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR.** En ocasiones excepcionales, cabe la posibilidad de lesionar la zona con el catéter o con el paso del contraste, especialmente si hay otras lesiones rectales como fisuras, hemorroides, antecedentes de radioterapia, etc. En general, estas lesiones ocasionales son poco importantes y no requieren tratamiento especial.

**NOTA IMPORTANTE:** La exploración que va a realizarse utiliza rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo. La probabilidad de que aparezcan es mayor al aumentar la dosis de radiación, no existiendo un valor umbral de la misma. No obstante la radiación que usted reciba será la más baja posible.

**Si Ud. es mujer en edad de procrear y está embarazada o sospecha que puede estarlo, comuníquelo antes de realizar la prueba.**

**RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Debido a su estado de salud y situación clínica, \_\_\_\_\_ pueden estar aumentados la frecuencia y gravedad de riesgos o complicaciones como: \_\_\_\_\_

**CONTRAINDICACIONES.** No existen contraindicaciones absolutas.

**CONSECUENCIAS DE NO REALIZARLO.** Necesidad de técnicas exploratorias más invasivas.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO.** En caso de no decidirse por esta terapéutica, deberá analizar junto con su médico la posible aplicación de otras técnicas.

D/Dña \_\_\_\_\_ tras haber leído este documento, he comprendido las explicaciones que el médico me ha facilitado, su realización, las posibles alternativas así como los beneficios esperados, en un lenguaje claro y sencillo, he podido realizar cuantas observaciones he creído conveniente y resolver todas las dudas que he planteado, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento sin que ello pueda suponer ningún perjuicio en la atención que se me preste, y que si lo considero puedo solicitar más información. En tales condiciones **CONSIENTO** que se realice el procedimiento propuesto.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_

Firma: El/la Paciente.  
Nombre del paciente, 1º apellido y 2º apellido.

Firma: El/la Médico.  
Nombre del médico, 1º apellido y 2º apellido.

-----0000-----

D/Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ representante legal

(espos/a, padre, madre o tutor) del paciente \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento.

Firma: El/la Representante legal.

IMPRIMIR 2 COPIAS: Una para el PACIENTE y otra para la HISTORIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HC-102

