



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MANOMETRIA RECTAL

NOMBRE PACIENTE _____

EDAD _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

FECHA _____ TELEFONO FIJO _____ CELULAR _____

DECLARO: Que en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora al **DR. ALEJANDRO OROZCO**, para que el profesional de la salud en ejercicio legal de su profesión y con el personal auxiliar de los servicios asistenciales del doctor Alejandro Orozco, se me practiqué el siguiente tratamiento y/o procedimiento de **MANOMETRIA RECTAL** debido a que se ha hecho la impresión diagnóstica de

Habiéndome explicado las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos si no se realiza ningún tratamiento.

1. Como usted ya sabe por la información que ha recibido de su médico, y como resultado de los estudios que le han sido realizados hasta ahora, existe la sospecha de una enfermedad del recto, incluido el esfínter anal. Para estudiar esta posibilidad, su médico considera necesaria la realización de esta prueba, que es la única exploración que permite medir las presiones del recto y el ano. Si está usted operado, esta exploración es la única que permite medir las presiones y la motilidad del recto y, por lo tanto, la única que da una información veraz del resultado de su operación. En definitiva, la manometría ano-rectal es la prueba indicada para evaluar la función del esfínter anal y del recto.
2. Esta prueba consiste en la introducción por el orificio anal de una sonda de pequeño calibre con un globito en el extremo, lo que va a permitir estudiar las presiones del recto y del ano. Tras introducir la sonda, se va retirando poco a poco. Posteriormente, eventualmente, se le pedirá que contraiga el esfínter mientras se retira nuevamente la sonda. Más adelante, se hinchará el globito de la sonda con aire, pidiéndole que diga cuándo lo siente. Lógicamente, cuanto mayor sea su colaboración, más corta y menos molesta será la prueba. Deberá usted estar lo más relajado posible, manteniendo una respiración pausada y regular; asimismo, en la medida de lo posible, deberá evitar hacer movimientos por su cuenta. La realización de una manometría ano-rectal, al igual que cualquier otro procedimiento médico realizado sobre un órgano interno, conlleva un riesgo de fracaso y también de aparición de posibles complicaciones en relación con la introducción y emplazamiento de la sonda: erosiones anales, pequeñas hemorragias y, muy excepcionalmente, perforación rectal. Hemos deseado informarle de la necesidad, naturaleza y eventuales riesgos de la realización de una manometría ano-rectal, pero es evidente que la última decisión le corresponde exclusivamente a usted, por lo que le rogamos que nos confirme que ha comprendido esta información y que dé su consentimiento para la realización de la manometría ano-rectal.

El doctor Luis Alejandro Orozco queda autorizado para llevar a cabo las prácticas de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, si en el transcurso de la intervención o el tratamiento autorizado llegase a presentarse una situación advertida que a juicio del médico a cargo del paciente lo considere obligatorio



Este procedimiento/ tratamiento se realizara en la sala de procedimiento del doctor Alejandro _____ Orozco, por _____ el doctor(es) _____, y la enfermera _____ quien se compromete a explicarme todas las instrucciones e información necesaria con respecto a las características del procedimiento.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar mi consentimiento.

De acuerdo a lo anterior CONSIENTO que se me realice, La MANOMETRIA RECTAL, debido a que he comprendido y me siento satisfecho con todas las explicaciones, recomendaciones y riesgos con respecto a la realización de este tratamiento/ procedimiento, en un lenguaje claro y sencillo por parte del especialista, quien además me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

DESESTIMIENTO

Voluntariamente rechazo el siguiente tratamiento/ procedimiento propuesta e informada por el médico tratante.

Asumiendo toda responsabilidad y liberando de la misma al doctor LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE