

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Objetivos

La Capsula Endoscópica es una técnica diagnóstica no invasiva, consiste en la filmación del intestino delgado mediante una micro cámara de video que se traga como un comprimido, y a la que denominamos concretamente cápsula.

### Características

Una vez tragada, la cápsula hace dos fotos por segundo, que se recogen por unos sensores que colocamos en el abdomen y se conectan a una grabadora con batería, la cual se aloja en un cinturón que se coloca al paciente. La grabación dura 7 horas aproximadamente. Tras extraer la grabadora, se conecta a la unidad de trabajo y se van descargando las imágenes en el ordenador (50.000 imágenes) para posteriormente ser estudiado el caso por el endoscopista que elaborará el informe.

Aquellos pacientes con antecedentes de diabetes mellitus, hernia hiatal de gran tamaño, reflujo gastro-esofágico severo con estenosis, cirugía de esófago, cirugía de estómago y antecedentes de extracción de cuerpo extraño esofágico, el procedimiento de introducción de la cápsula se realizará bajo visión endoscópica.

### Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables como: obstrucción de la vía aérea, dolor abdominal, vómitos u obstrucción intestinal, y otros excepcionales como: retención gástrica de la cápsula sin causa aparente o predecible en bajo porcentaje de la población, arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebro Vascular Agudo), que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo de mortalidad.

El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación. También me ha advertido la necesidad de avisar posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y de las formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos del procedimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe el procedimiento de **CÁPSULA ENDOSCÓPICA**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente