

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, en algunas ocasiones es necesario mantenerla por más tiempo. 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 debe realizarse bajo visión endoscópica por medio de una endoscopia digestiva alta.

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 paro cardiaco, depresión o paro respiratorio 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