

IMPORTANT: Per evitar la cancel·lació/repetició i amb l'objectiu de garantir l'adequada qualitat de la gastroscòpia és imprescindible que llegeixi amb deteniment i segueixi les següents instruccions.

DIES PREVIS A LA REALITZACIÓ DE LA GASTROSCÒPIA

- Si té febre, un quadre catarral o gripal durant els 3 dies anteriors a la gastroscòpia, consulti amb el seu metge per valorar si és millor ajornar la realització de la prova.
- No ha de consumir drogues d'abús durant els 7 dies previs a la prova.
- No ha de consumir begudes alcohòliques durant les 24 hores prèvies a la prova.
- **Medicació habitual:** És important que tingui en compte la medicació que pren habitualment, ja que alguns tractaments poden interferir amb la realització de la gastroscòpia. Si vostè rep tractament amb algun dels fàrmacs del **GRUP 2**, haurà de contactar amb el seu metge (amb un mínim de 7 dies d'antelació) per confirmar els dies de suspensió i/o la necessitat de substituir-lo per un altre tractament.

GRUP 1: No suspendre	GRUP 2: Consultar el seu metge
- Adiro® 100 mg, AAS® 100 mg, Tromalyt® 150 mg. - Medicació habitual per via inhalatòria. - Medicació habitual per via oral: Pot prendre amb un vas petit (100 ml) de aigua la seva medicació (EXCEPTE els fàrmacs detallats al GRUP 2).	- Fàrmacs que afecten la coagulació. - Antidiabètics orals. - Insulina. - Tractaments per al sobrepès/obesitat. - Dispositius cardiològics implantables.

DIA DE LA GASTROSCÒPIA

- Acudeixi 30 minuts abans de l'hora de la prova.
- Haurà de venir acompanyat/ada per una persona adulta (major de 16 anys); en cas contrari, no es podrà administrar la sedació anestèsica.
- Dejuni absolut (ni sòlids ni líquids) durant les 8 hores prèvies a la prova. NOMÉS pot prendre, amb un vas petit (100 ml) d'aigua, la seva medicació habitual fins a 3 hores abans de la gastroscòpia.
- Porti DNI/NIE/PASSAPORT per verificar la seva identitat.
- Porti llegit i signat el consentiment informat (CI) de l'exploració.
- El/la metge/essa que sol·licita la gastroscòpia ha d'informar-lo sobre el procediment, indicar les hores de dejuni, aclarir dubtes i entregar-li el CI, que ha d'estar signat pel pacient i el facultatiu sol·licitant.
- Porti el full de la medicació que pren habitualment.
- Si pertany a una entitat asseguradora, el dia de la prova ha de lliurar l'autorització de la seva mútua.
- Acudeixi sense maquillatge ni pintallavis. Retiri l'esmalt d'ungles, ungles de gel o acríliques.
- Retiri pròtesis dentals, ponts, lents de contacte i audíofons.
- No porti joies, rellotges, pírcings ni altres objectes de valor.

CONFIRMACIÓ DE CITA

- Els dies previs a la cita vostè rebrà un missatge al seu telèfon mòbil (SMS) amb l'objectiu de recordar-li la data/hora de la seva cita i oferint-li la possibilitat d'anul·lar-la si vostè ho desitja/necessita.
- Si ha d'anul·lar o canviar la cita en contacte amb nosaltres:

Correu electrònic: reproendos.husc@quironsalud.es

Telèfon de contacte (programació): 34 93-4948910 (14:00 a 17:00)

UBICACIÓ

UNITAT D'ENDOSCOPIA DIGESTIVA / Planta 1ª

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

Carrer de Viladomat, 288, L'Eixample, 08029 Barcelona

Telèfon de contacte: 93 322 11 11

Com arribar-hi: <https://maps.app.goo.gl/vCAA51tXUEs2SGHm8>

Pàgina web: <https://www.hscor.com/>

CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DE:

DG - GASTROSCÒPIA ORAL

Us recordem que les vostres dades personals són tractades de conformitat amb la normativa vigent en matèria de protecció de dades. Podeu consultar la informació relativa al tractament de les vostres dades personals en el següent enllaç: <https://www.quironsalud.es/es/politica-protección-datos>

PROCEDIMENT DIAGNÒSTIC / TERAPÈUTIC PROPOSAT:

GASTROSCÒPIA ORAL

FINALITAT I NATURESA DEL PROCEDIMENT:

La panendoscopia oral o GASTROSCÒPIA és una tècnica que té com objectiu la visualització de la paret del tracte digestiu superior (esòfag, estómac i duodè) amb la finalitat de poder diagnosticar diferents malalties que afecten a aquest trajecte.

El procediment, sempre amb indicació del metge especialista, i sobretot en determinades circumstàncies, pot fer recomanable o necessària la sedació o la utilització d'anestèsic tòpic amb la finalitat de disminuir la sensació de nàusees quan s'introdueix l'endoscopi en la cavitat oral.

La prova es realitza, habitualment, amb el pacient en decúbit (acostat sobre el costat esquerre), i després de la introducció oral de l'endoscopi (mitjançant un obreboques), es visualitza la paret de l'esòfag, estómac i duodè. Al mateix acte es poden prendre mostres de teixit (biòpsia) per al seu estudi.

MOLÈSTIES HABITUALS DERIVADES DELS PROCEDIMENTS/RISCOS LLEUS, RISCOS GREUS I SEQÜELES:

Malgrat ser adequada l'elecció de la tècnica i de la seva correcta realització, poden presentar-se efectes indesitjats, com l'hemorràgia, perforació, infecció, nàusees i vòmits i subluxació maxil·lar, que poden ser greus i requerir tractament mèdic o quirúrgic, incloent un risc mínim de mortalitat. L'endoscòpia terapèutica pot tenir més risc que la diagnòstica.

El metge m'ha advertit sobre la necessitat d'avisar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, existència de pròtesis, marcapassos, medicacions actuals o qualsevol altra circumstància.

El procediment, sempre amb indicació del metge especialista, i sobretot en determinades circumstàncies, pot fer recomanable o necessària la realització d'un acte terapèutic durant l'endoscòpia.

RISCOS RELACIONATS AMB LES CIRCUMSTÀNCIES PERSONALS O PROFESSIONALS DEL PACIENT:

A més dels riscos anteriorment descrits, per les meves circumstàncies especials (mèdiques, o d'altre tipus) s'ha d'esperar els següents riscos:

.....
.....

ALTERNATIVES:

El metge m'ha explicat també l'existència de possibles tècniques o procediments alternatius

CONSENTIMENT INFORMAT

DECLARO:

He comprès les explicacions que se m'han donat en un llenguatge clar i senzill. Comprenc en què consisteix i les conseqüències que pot tenir, els riscos i les alternatives.

El facultatiu que m'ha informat, m'ha permès realitzar totes les observacions i m'ha resolt tots els dubtes que li he plantejat i m'ha comunicat la seva disponibilitat per ampliar-la en cas de desitjar-ho.

Si sorgeix qualsevol circumstància imprevisible que requereixi una decisió urgent i d'alt risc durant el procés que necessiti, al seu judici, procediments addicionals o diferents d'aquells que es preveuen en aquest moment, li sol·licito que procedeixi de la manera que consideri aconsellable i li autoritzo.

DECLARACIONS I SIGNATURES

PACIENT

D. / D^a..... amb DNI declaro que el / la metge, Dr./ Dra., M'ha explicat de forma satisfactòria què és, com es realitza i per a què serveix aquesta exploració/intervenció.

També m'ha explicat els riscos existents, les possibles molèsties o complicacions, que aquest és el procediment més adequat per a la meva situació clínica actual, i les conseqüències previsibles de la no realització.

He comprès perfectament tot l'anterior, he pogut aclarir els dubtes plantejats, i **dono el meu consentiment** perquè em realitzin aquesta exploració / intervenció.

He rebut còpia del present document. Sé que puc retirar aquest consentiment en qualsevol moment.

En..... A..... De..... De 20.....

Signat.....el/la pacient

REPRESENTANT LEGAL

D. / D^a..... amb DNI..... y domicili alcarrernº..... declaro que el/la metge, Dr./Dra....., m'ha explicat de forma satisfactòria què és, com es realitza i per a què serveix aquesta exploració / intervenció.

També m'ha explicat els riscos existents, les possibles molèsties o complicacions, que aquest és el procediment més adequat per a la situació clínica actual del pacient i les conseqüències previsibles de la no realització.

He comprès perfectament tot l'anterior, he pogut aclarir els dubtes plantejats i **dono el meu consentiment** perquè realitzin al pacient D./D^a..... amb DNI....., aquesta exploració / intervenció.

He rebut còpia del present document.

En..... A..... De..... De 20.....

Signat.....el/la representant

CONSENTIMENT INFORMAT

METGE

Dr./Dra.....

He informat a aquest / a pacient, i / o al seu representant legal, del propòsit i naturalesa del procediment descrit, de les seves possibles riscos, de les alternatives disponibles, i de les conseqüències previsible en cas de no realització, deixant constància d'això en la història clínica. Així mateix, se li va preguntar sobre possibles al·lèrgies, l'existència d'altres malalties o qualsevol altra circumstància patològica personal que pogués afectar o condicionar la realització d'aquest procediment / acte assistencial. S'incorpora aquest document a la història clínica del pacient.

En..... A..... De..... De 20.....

Signatura, nº de col·legiat.....

NEGATIVA DEL PACIENT A LA REALITZACIÓ

Si no accepta la realització de l'exploració / intervenció faci constar el motiu:

.....
.....

REVOCACIÓ DE LA DECISIÓ PEL PACIENT

En..... A..... De..... De 20.....

Signatures: Pacient.....
DNI.....

El/la metge Dr. /Dra.
Col·legiat.....

CONSENTIMENT INFORMAT

CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DE:

AN - GENÈRIC ANESTÈSIA

Us recordem que les vostres dades personals són tractades de conformitat amb la normativa vigent en matèria de protecció de dades. Podeu consultar la informació relativa al tractament de les vostres dades personals en el següent enllaç: <https://www.quironsalud.es/es/politica-protección-datos>

ANESTÈSIA PER A PROCEDIMENT QUIRÚRGIC / DIAGNÒSTIC PROPOSAT:

.....
.....

FINALITAT I NATURESA DEL PROCEDIMENT:

Per al diagnòstic o el tractament d'algunes malalties és necessari realitzar procediments, i intervencions que poden resultar molestes, o fins i tot molt dolorosos. En altres casos cal assegurar la col·laboració, o immobilitat. L'aplicació de la tècnica anestèsica adequada per part dels professionals del servei d'Anestesiologia i Reanimació, permet que aquestes intervencions siguin realitzades amb confort i seguretat per al pacient.

Existeixen diverses tècniques anestèsiques que poden ser aplicades de forma única o combinada:

ANESTÈSIA GENERAL: Consisteix en provocar al pacient un estat reversible d'analgèsia i pèrdua de consciència perquè pugui ser intervingut. S'apliquen fàrmacs per via intravenosa i/o per via inhalatòria. En la majoria dels casos aquesta tècnica exigeix mantenir o assistir la respiració mitjançant una màquina de respiració artificial connectada al pacient amb un tub que s'introdueix per la boca o nas fins a la tràquea o bé amb un dispositiu supraglòtic.

ANESTÈSIA LOCORREGIONAL: Consisteix en administració d'anestèsics locals, mitjançant punció, prop d'un nervi/grup de nervis o a nivell de la columna vertebral (epidural o intradural), produint una insensibilitat reversible d'una zona del cos perquè sigui operada sense dolor. En alguns casos es pot deixar un catèter (tub molt fi) en el lloc de punció, que permet afegir més anestèsic durant o després del procediment.

ANESTÈSIA COMBINADA: consisteix en associar una anestèsia locorregional i una anestèsia general per aprofitar els avantatges de totes dues.

ANESTÈSIA LOCAL: Consisteix en aplicar anestèsic local directament a la zona que serà intervinguda. La seva aplicació pot ser mitjançant injeccions directes o de forma tòpica amb gotes per a cirurgia d'ulls.

SEDACIÓ: administrar fàrmacs per tranquil·litzar al pacient durant la realització del procediment millorant així el seu confort. Sol estar despert (encara que pot adormir-se), però tranquil i podria presentar amnèsia (no recorda el succeït).

VIGILÀNCIA MONITORITZADA. En ocasions per seguretat preventiva és requerida la presència d'un membre de l'equip d'anestesiologia per vigilar les constants vitals d'un pacient.

Nota: per a la realització de totes aquestes tècniques és necessari col·locar una via intravenosa per poder administrar sèrums i medicació. L'habitual és que aquesta via es col·loqui en un braç però en ocasions és necessari col·locar aquestes vies a nivell més central al coll o engonal. Si cal es

CONSENTIMENT INFORMAT

pot col·locar una cànula en una artèria del canell o de l'engonal per monitoritzar directament la pressió arterial.

MOLÈSTIES I RISCOS:

Encara que en moltes ocasions és difícil diferenciar l'origen del risc, aquests es poden classificar:

- Derivats de l'aplicació de la tècnica anestèsica.
 - Tant en **anestèsies generals** com **locorregional** la realització necessària de puncions (com la col·locació de vies venoses o arterials, bloquejos per a l'administració de l'anestèsic local) pot resultar molest (o en algun cas presentar un cert grau de dolor) i posteriorment poden aparèixer petits hematomes. Si la punció és per a la col·locació d'una via central al coll o a la zona interclavicular pot provocar pneumotòrax, i si la punció és per col·locar una cànula arterial pot provocar isquèmia distal.
 - En el cas d'anestèsia **general** el maneig de la via aèria pot presentar dificultats i riscos associats (aspiració bronquial de contingut gàstric sobretot si no compleix el dejuni recomanat, espasme de laringe o bronquial, trencament de peces dentals, dificultat de ventilació i/o intubació, ronquera, erosions en la mucosa...). L'administració de fàrmacs anestèsics endovenosos o inhalatoris poden provocar alteracions de la pressió arterial i del ritme cardíac. En el postoperatori poden presentar-se nàusees i/o vòmits.
 - En el cas d'anestèsia **locorregional** poden produir-se lesions dels nervis bé sigui per l'acció mecànica de la punció o bé sigui per toxicitat local de l'anestèsic. En el cas que es produís lesió nerviosa sol mostrar-se clínicament com alteracions de la sensibilitat cutània d'una zona determinada i gairebé sempre es recuperen espontàniament en unes setmanes o mesos. Si la punció es realitza en l'esquena per a anestèsia epidural o intradural a les 24-48 hores pot aparèixer cefalea (0,5-1%) quan s'incorpora el cap gairebé sempre desapareixen en 2-5 dies amb repòs, hidratació i analgèsics. Altres possibilitats: marejos, nàusees i vòmits per hipotensió arterial, hematomes i/o infeccions per la punció (1/10.000), o símptomes generals per administració intravascular d'anestèsic local de diferent consideració. Un catèter implantat durant diversos dies, pot infectar-se.
- Derivats de les característiques intrínseques de la intervenció quirúrgica i /o procediment. Cada procediment té uns riscos específics que ha d'explicar-li el seu cirurgià. Des del punt de vista intraoperatori diferenciar aquelles amb un risc de pèrdua sanguínia de més de 500 cc i la possibilitat d'haver de reservar hemoderivats per a una possible transfusió.
- Els derivats de l'estat físic, antecedents de pacient i tractament farmacològic. Els pacients amb patologies prèvies tenen major probabilitat de presentar complicacions (cardíaques, respiratòries, metabòliques, neurològiques, risc vital...) que els pacients sans. També és possible l'aparició de reaccions al·lèrgiques. El tractament habitual amb determinats fàrmacs (antiagregants, anticoagulants, antidepressius...) pot interferir amb els fàrmacs anestèsics i provocar riscos com un major sagnat, crisi hipertensivas... Els pacients amb cardiopatia isquèmica portadors de stents han de ser valorats per prevenir el risc de trombosi o sagnat. Els pacients d'edat avançada poden presentar un cert grau de desorientació post intervenció que sol cedir en diverses setmanes/mesos. La preparació preoperatoria dels pacients i la vigilància/monitoratge durant la inducció, el manteniment, el despertar i el postoperatori fan que la incidència d'aparició de complicacions sigui baixa.

RISCOS PERSONALITZATS:

A continuació es marquen de forma PERSONALITZADA els riscos més probables associats a la tècnica anestèsica, intervenció quirúrgica i a l'estat físic, antecedents i tractament habitual:

Associats a la tècnica anestèsica

- ☐ Dificultat de maneig de la via aèria
- ☐ Broncoaspiració
- ☐ Dificultat de punció
- ☐ Trencament de peces dentals
- ☐

Associats a les característiques de la intervenció i/o procediment

- ☐ Pèrdua de més de 500 cc de sang
- ☐

Associats a l'estat físic, antecedents i tractament habitual

- ☐ Desorientació
- ☐ Complicacions respiratòries (Insuficiència respiratòria, necessitat d'ajudes mecàniques per respirar).
- ☐ Complicacions cardiovasculars (inestabilitat hemodinàmica, arítmies, isquèmia miocardiàca).
- ☐ Complicacions metabòliques
- ☐ Risc vital
- ☐

TÈCNICA ANESTÈSICA I PROCEDIMENTS ACORDATS

Després de la valoració anestèsica i després d'informar sobre avantatges, inconvenients el membre de l'equip d'anestesiologia aconsella aquella tècnica que considera que disminueix els riscos personalitzats. Finalment i respectant el principi d'autonomia s'acorda que la/les tècniques anestèsiques més adequades per a aquest procediment són:

- ☐ Anestèsia General
- ☐ Anestèsia Locorregional
- ☐ Anestèsia Combinada:
- ☐ Anestèsia Local / Tòpica
- ☐ Sedació
- ☐ Vigilància Monitoritzada
- ☐ Col·locació de via central i/o cànula arterial
- ☐ Procediments per al maneig de via aèria difícil

TÈCNICA ANESTÈSICA ALTERNATIVA:

Les tècniques locorregional podrien realitzar-se sota anestèsia general. Hi ha casos en els quals la realització d'anestèsia general és obligada no sent possible alternatives locorregional.

CONSENTIMENT INFORMAT

DECLARO:

He comprès les explicacions que se m'han donat en un llenguatge clar i senzill. Comprenc en què consisteix i les conseqüències que pot tenir, els riscos i les alternatives.

El facultatiu que m'ha informat, m'ha permès realitzar totes les observacions i m'ha resolt tots els dubtes que li he plantejat i m'ha comunicat la seva disponibilitat per ampliar-la en cas de desitjar-ho.

Si sorgeix qualsevol circumstància imprevisible que requereixi una decisió urgent i d'alt risc durant el procés que necessiti, al seu judici, procediments addicionals o diferents d'aquells que es preveuen en aquest moment, li sol·licito que procedeixi de la manera que consideri aconsellable i li autoritzo.

DECLARACIONS I SIGNATURES

PACIENT

D. / D^a..... amb
DNIdeclaro que el / la metge, Dr./ Dra.,
M'ha explicat de forma satisfactòria què és, com es realitza i per a què serveix aquesta exploració/intervenció.

També m'ha explicat els riscos existents, les possibles molèsties o complicacions, que aquest és el procediment més adequat per a la meva situació clínica actual, i les conseqüències previsibles de la no realització.

He comprès perfectament tot l'anterior, he pogut aclarir els dubtes plantejats, i **dono el meu consentiment** perquè em realitzin aquesta exploració / intervenció.

He rebut còpia del present document. Sé que puc retirar aquest consentiment en qualsevol moment.

En..... A..... De..... De 20.....

Signat.....el/la pacient

REPRESENTANT LEGAL

D. / D^a..... amb
DNI..... y domicili alcarrer.....n^o.....
declaro que el/la metge, Dr./Dra.....,
m'ha explicat de forma satisfactòria què és, com es realitza i per a què serveix aquesta exploració / intervenció.

També m'ha explicat els riscos existents, les possibles molèsties o complicacions, que aquest és el procediment més adequat per a la situació clínica actual del pacient i les conseqüències previsibles de la no realització.

He comprès perfectament tot l'anterior, he pogut aclarir els dubtes plantejats i **dono el meu consentiment** perquè realitzin al pacient D./D^a..... amb
DNI....., aquesta exploració / intervenció.

He rebut còpia del present document.

En..... A..... De..... De 20.....

Signat.....el/la representant

CONSENTIMENT INFORMAT

METGE

Dr./Dra.....

He informat a aquest / a pacient, i / o al seu representant legal, del propòsit i naturalesa del procediment descrit, de les seves possibles riscos, de les alternatives disponibles, i de les conseqüències previsibles en cas de no realització, deixant constància d'això en la història clínica. Així mateix, se li va preguntar sobre possibles al·lèrgies, l'existència d'altres malalties o qualsevol altra circumstància patològica personal que pogués afectar o condicionar la realització d'aquest procediment / acte assistencial. S'incorpora aquest document a la història clínica del pacient.

En..... A..... De..... De 20.....

Signatura, nº de col·legiat.....

NEGATIVA DEL PACIENT A LA REALITZACIÓ

Si no accepta la realització de l'exploració / intervenció faci constar el motiu:

.....
.....

REVOCACIÓ DE LA DECISIÓ PEL PACIENT

En..... A..... De..... De 20.....

Signatures: Pacient.....

DNI.....

El/la metge Dr. /Dra.

Col·legiat.....

CONSENTIMENT INFORMAT