|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logotipo, nombre de la empresa  Descripción generada automáticamente | **Dr. José Miguel Esteban Bernáldez**  **Dr. Julio Pérez de la Serna Bueno**  **Dr. Antonio Ruiz de León San Juan** | **Avda del Mediterráneo, 13 - Entreplanta A-Izda.**  **28007 MADRID. Tfno. 910 216 119**  [**http://www.clinicamotilidad.es**](http://www.clinicamotilidad.es)  **ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y EXPLORACIONES FUNCIONALES, SL** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Hoja de Información y Consentimiento Informado

El presente folleto se le ofrece con objeto de que conozca el procedimiento y lo que se espera obtener de la prueba que le ha solicitado su Doctor/a. Si tiene que formular alguna pregunta, tanto antes como después, puede llamar al teléfono de la consulta 910 216 119.

**SI TIENE ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO O AL LÁTEX ADVIÉRTALO ANTES DE INICIAR CUALQUIER PRUEBA**

# MANOMETRÍA ANAL-ANORRECTAL

Esta prueba se le solicita para conocer la situación funcional de los esfínteres anales, lo que resulta útil para completar ciertos estudios de estreñimiento, dolor anal, incontinencia de heces, fístulas o fisuras, o conocer su estado previo o tras la cirugía anal.

La prueba no es dolorosa y consiste en el paso de un tubo fino (sonda) lubricado a través del ano. Es posible que además se le introduzca otra sonda con un globo que se inflará para provocar ciertos estímulos reflejos. Esto último tampoco es doloroso. La duración de la prueba es de unos 15 minutos.

**Preparación**

No es necesario acudir en ayunas.

Antes de venir a la consulta se pondrá un enema CASSEN de 250 cc. expulsándolo antes de salir de su casa.

**Molestias y riesgos**

La prueba no es dolorosa. Las complicaciones de la manometría anorrectal son excepcionales. No obstante, se ha comunicado casos puntuales de perforación rectal en la medición del volumen máximo tolerable generalmente en pacientes con cirugía local reciente, o que han recibido tratamiento radioterápico o quimioterápico local.

Después de la prueba puede hacer su vida habitual. El informe lo podrá recoger al día siguiente en nuestra consulta.

**Es imprescindible que traiga la solicitud de su doctor/a y volante de petición, en su caso, debidamente autorizado, con un resumen clínico y radiografías si posee.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, D/Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como paciente,

o D./Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como su representante legal, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, declaro que HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A, en virtud de los derechos que marca la LEY GENERAL DE SANIDAD, he comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento, no se me ha dado garantía de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos, he tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Julio Pérez de la Serna y Bueno y/o Dr. Antonio Ruiz de León San Juan y estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado en cuanto a beneficios, riesgos y alternativas.

Por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique la exploración de Manometría Esofágica, Impedancia-Manometría esofágica, pHmetría de 24 h, Impedancia-pHmetría de 24 horas.

Entiendo que este documento puede ser revocado por mí en cualquier momento, antes de la realización del procedimiento.

Y para que así conste, firmo el presente original después de leído por duplicado, cuya copia se me proporciona.

|  |  |
| --- | --- |
| En Madrid, a de | de 2023 |
| Fdo. Paciente o representante legal D.N.I. | Fdo. Dr. D. Julio Pérez de la Serna y Bueno. Coleg. 282824307  Dr. Antonio Ruiz de León San Juan. Coleg. 282819972 |

Conforme a lo dispuesto en la Ley de protección de datos 3/2018 de 5 de diciembre se informa que sus datos serán objeto de tratamientos e incorporados a una base de datos del CENTRO con fines asistenciales. No existirán cesiones salvo por imperative legal. Podrá ejercer el derecho a acceso, supresión, limitación, portabilidad, rectificación y oposición.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y EXPLORACIONES FUNCIONALES, SL. B84319185.