|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**

**pHMETRÍA DE 24 H./IMPEDANCIA-pHMETRÍA DE 24 H.**

En relación con sus síntomas su Doctor/a puede haber solicitado la medición durante 24 h. del pH (acidez o hipoacidez) de su esófago/estómago.

Esta prueba permite medir las modificaciones del pH y valorar el paso del contenido del estómago hacia el esófago en diferentes situaciones: durante las comidas, cuando se acuesta y en los periodos intermedios. La pHmetría detecta el reflujo ácido y la impedancia mide todos los episodios de reflujo independientemente de su acidez (pH). La pHmetría también se utiliza en el estómago, para valorar aspectos relacionados con la secreción de ácido. Se realiza pasando un electrodo (cable fino, 2.1 mm) a través de la nariz hasta el estómago o porciones finales del esófago. En algunos casos se le aplica además otro electrodo sobre la piel y los extremos de ambos se conectan con un pequeño aparato que almacena todos los datos registrados. Este aparato se le sujeta con un cinturón/bandolera.

Durante el estudio Vd. volverá a su domicilio. Podrá hacer una vida “casi normal” siguiendo las instrucciones sobre limitaciones de dieta y baño/ducha que se le han indicado. Debe anotar en la hoja de instrucciones la hora de comienzo y la hora final de sus comidas, así como cuando se tumbe y se levante, el momento en que presentó síntomas o cualquier otra incidencia que considere de interés.

A la hora fijada del día siguiente acudirá a la retirada del equipo. Si se le sale la sonda o no la tolera quítesela, no toque el registrador, apunte la hora en que sucedió y traiga el equipo a la consulta.

La información obtenida con esta prueba, junto con las otras que posea su doctor le permitirá realizar un tratamiento más adecuado.

**Preparación**

No puede tomar alimentos sólidos desde 6 horas antes, ni líquidos en las 2 horas previas a la prueba.

No tome ningún medicamento para el estómago, salvo antiácidos, en las 24 horas previas a no ser que el Doctor/a que le ha solicitado la prueba así se lo haya indicado. Si toma alguna medicación que considere imprescindible consúltenos.

**Molestias y riesgos**

La introducción de la sonda por la nariz y el paso por la faringe (garganta) puede causar alguna leve molestia-sensación de picor o escozor en la nariz, ocasionalmente náusea, lagrimeo, sangrado por la nariz o tos irritativa. Otras complicaciones son realmente excepcionales. Una vez colocada la sonda, el resto de la prueba se tolera bien.

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.