

INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE C.P.R.E. A H. TORRECÁRDENAS
Noviembre 2019

PARA PACIENTES AMBULATORIOS:

DOCUMENTOS A ENTREGAR POR EL PACIENTE EN VENTANILLA DE CITA PREVIA (PABELLON DE CONSULTAS EXTERNAS):

1.- DOCUMENTO DE "INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRURGICA" PARA C.P.R.E. CON SUS DATOS PERSONALES Y LO DEJE FIRMADO. Este documento se entregará en la ventanilla de CITA PREVIA para enviarlo por correo ordinario a la Secretaría de Endoscopia Digestiva del. H. Torrecárdenas (de esta forma se evita que el paciente tenga que entregarlo físicamente en Torrecárdenas). Los datos restantes serán cumplimentados en Torrecárdenas. Se dará fotocopia al paciente del documento.

2.- CUMPLIMENTAR POR PARTE DEL FACULTATIVO EL DOCUMENTO "SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA A OTRO CENTRO SANITARIO", al que se adjuntará copia del informe clínico. Este documento se entregará en la ventanilla de CITA PREVIA para enviarlo por correo ordinario a la Secretaría de Digestivo del. H. Torrecárdenas. En cita Previa **se mecanizará la petición en programa específico para efectos administrativos** y se dará fotocopia al paciente del documento.

DOCUMENTOS A ENTREGAR EN VENTANILLA DE DEMANDA QUIRURGICA (ENTRADA PRINCIPAL DEL HOSPITAL):

3.- SE REMITIRÁ AL PACIENTE A VENTANILLA DE DEMANDA QUIRURGICA PARA SOLICITAR CITA EN "CONSULTA PREANESTESICA" Y ASIGNARLE CITA EN NUESTRO HOSPITAL. Se le entregará al paciente **petición analítica** que incluya hemograma, coagulación y bioquímica con colinesterasa, y "hoja de preoperatorio". Allí se le facilitará cita para radiología simple de tórax y electrocardiograma, así como autocuestionario pre-anestésico.

4.- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** A entregar firmado por el paciente el día de la CPRE en Torrecárdenas.

PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS:

SE REALIZARÁ HOJA DE INTERCONSULTA AL SERVICIO DE ANESTESIA PARA SU VALORACION HOSPITALARIA. Precisa disponer de analítica con coagulación, ECG y RX de Tórax.

Los documentos de "INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRURGICA" y "SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA A OTRO CENTRO SANITARIO", se remitirán por fax y correo ordinario a la secretaria de Endoscopia Digestiva del H. de Torrecárdenas. En Secretaría de Medicina Interna **se mecanizará la petición en programa específico para efectos administrativos** y se dará fotocopia al paciente de anteriores documentos.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. Levante Alto Almanzora

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRURGICA

1 DATOS RELATIVOS A LA INSCRIPCIÓN			
Lugar reservado para etiqueta identificativa	Nº DE HISTORIA CLINICA		Nº DE SEGURIDAD SOCIAL/NUSS/TARJETA SANITARIA
	FECHA DE INSCRIPCIÓN		Nº DE INSCRIPCIÓN
	CENTRO		CÓDIGO CENTRO
	ÁREA HOSPITALARIA		

2 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL							
1º. APELLIDO		2º. APELLIDO		NOMBRE		FECHA NACIMIENTO	
D.N.I./N.I.F.		SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		DOMICILIO			
LOCALIDAD			PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA							
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL(1)						D.N.I./N.I.F.	
EN CALIDAD DE			DOMICILIO				
LOCALIDAD			PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO

3 DATOS ASISTENCIALES			
SERVICIO/UNIDAD APARATO DIGESTIVO			CÓDIGO
MÉDICO RESPONSABLE J.L. VEGA			CÓDIGO
DIAGNÓSTICO OBSTRUCCION DE LA VIA BILIAR			CÓDIGO (2) 576.2
PROCEDIMIENTO MÁS PROBABLE A REALIZAR COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (C.P.R.E.)			CÓDIGO (2) 51.85
TIPO DE CIRUGÍA <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> C.M.A.:			PRIORIDAD ASISTENCIAL <input type="checkbox"/> 1.-PREFERENTE <input type="checkbox"/> 2.-NORMAL
TIPO DE ANESTESIA PREVISTA <input type="checkbox"/> GENERAL <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> OTRAS (especificar):			

4 SOLICITUD FORMULADA POR EL/LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
<p>SOLICITO la inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica con las condiciones legalmente establecidas. AUTORIZO a D./ª:.....</p> <p>....., con D.N.I./N.I.F.:..... para presentar la solicitud.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">EL/LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>Fdo.:</p>	

5 OBSERVACIONES

6 DATOS DEL FACULTATIVO
Apellidos y Nombre: D.N.I./N.I.F.: , Colegiado/a nº.: En a de de Fdo.:

(1) Cumplimentar en caso de que el firmante de la solicitud no sea el/la paciente
 (2) Diagnóstico y Procedimiento de acuerdo con la CIE9-MC

Los presentes datos se incluirán en un fichero automatizado de datos personales cuya finalidad será la gestión de la demanda quirúrgica. Estos datos serán tratados por los distintos centros sanitarios que componen el Sistema Sanitario Público Andaluz. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, con sede en la Avenida de la Constitución, número 18, Código Postal 41071, de Sevilla.

Ejemplar para

000722





SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA A OTRO CENTRO SANITARIO

Nº Hª C.: _____

Nº D.N.I.: _____

DATOS DEL TITULAR

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____
DOMICILIO: _____	TEL.: _____
LOCALIDAD: _____	CÓD. POSTAL: _____
INGRESADO: _____	HAB.: _____

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____
PARENTESCO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____

DATOS CLÍNICOS DE ORIGEN

CENTRO SANITARIO: <u>HOSPITAL LA INMACULADA</u>	LOCALIDAD: <u>HUERCAL OVERA</u>
MÉDICO: _____	SERVICIO: <u>MEDICINA INTERNA / DIGESTIVO</u>
GRUPO DE LA ENFERMEDAD: <u>PATOLOGIA BILIO-PANCREATICA</u>	DIAGNÓSTICO: _____

DATOS CLÍNICOS DE DESTINO

CENTRO SANITARIO: <u>HOSPITAL TORRECARDENAS</u>	SERVICIO: <u>APARATO DIGESTIVO</u>
LOCALIDAD: <u>ALMERIA</u>	PROVINCIA: <u>ALMERIA</u>

MEDIO DE TRANSPORTE

AMB: _____	FF. CC. 2ª: _____	BUS: _____	URGENCIA VITAL: _____
URGENTE: _____	PREFERENTE: _____	ACOMPAÑANTE: _____	

MOTIVO DE LA CONSULTA:

SOLICITUD DE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (C.P.R.E.)

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES (ALERGIAS O INTOLERANCIAS):

ENFERMEDAD ACTUAL:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

OTRAS EXPLORACIONES:

JUICIO CLÍNICO:

TRATAMIENTO:

SELLADO:

FIRMADO:

Fecha: _____

**(1) EN CASO DE URGENCIA VITAL DEBE PONERSE EN CONTACTO TELEFÓNICO
CON EN CENTRO PROPUESTO PARA LA ADMISIÓN DEL ENFERMO**

D91116
H-I 20 HC



CPR

URGENTE

PREOPERATORIO

PETICIÓN:

- 1.- RADIOGRAFIA DE TORAX**
- 2.- ELECTROCARDIOGRAMA**
- 3.- ANALISIS DE SANGRE**

(HEMOGRAMA, (TUBO MORADO) BIOQUIMICA (TUBO ROJO) Y PRUEBAS DE COAGULACIÓN (TUBO AZUL)

PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRE:

NÚMERO DE HISTORIA:

NÚMERO DE S.S.:

FECHA DE LA CONSULTA DE ANESTESIA:

IMPORTANTE:

Antes de acudir a la consulta de anestesia anteriormente citada, es imprescindible la realización de las pruebas de su preoperatorio. Si por cualquier circunstancia no se las puede realizar antes de dicha fecha, póngase en contacto con el teléfono de atención al usuario para cambiarle la cita, con el fin de ofrecerle un mejor servicio y evitar molestias.

Gracias por su colaboración.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE DIGESTIVO
-------------------------	------------------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.
 Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

El procedimiento al que usted va a someterse se llama C.P.R.E y es una técnica útil en el estudio y tratamiento de enfermedades de las vías biliares y páncreas. Mediante un tubo flexible con un sistema de iluminación y una cámara (endoscopio), que se introduce a través de la boca se localiza el orificio de salida de los conductos biliar y pancreático al duodeno (papila) y se inyecta por él un líquido de contraste para hacer radiografías. Así se pueden ver las lesiones existentes y la necesidad de tratamiento durante la misma exploración.

CÓMO SE REALIZA:

La exploración se realiza en una posición cómoda sobre el lado izquierdo o boca abajo y dura entre 30 y 60 minutos. Al ser precisa una adecuada relajación y que el duodeno esté inmóvil se administrará un anestésico local en la garganta mediante pulverización y se inyectará medicación sedante (sedación consciente) y espasmolítica. En algunos casos puede ser necesaria la anestesia general.

La exploración se realiza en régimen de hospitalización. Si no está hospitalizado/a previamente, se llevará a cabo en forma de hospitalización de corta estancia. Así se pretende lograr una preparación adecuada y controlar al máximo su seguridad tras la exploración.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante la exploración la tolerancia es variable de un enfermo a otro. Puede ocasionar malestar en el abdomen y náuseas, que generalmente se controlan con la medicación. Una vez finalizada, habrá un periodo de observación para detectar la posible aparición de complicaciones.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

La C.P.R.E. está indicada siempre que su médico crea necesario conocer y/o tratar alguna enfermedad en el conducto biliar o pancreático, por ejemplo, cálculos (litiásis) o estrechamientos.

Durante la exploración suelen realizarse tratamientos endoscópicos. El más habitual es la esfinterotomía, que consiste en el corte y apertura del orificio de salida del conducto biliar o pancreático para ampliarlo y extraer así cálculos o eliminar obstáculos. Si existe estrechamiento en algún conducto se puede colocar una prótesis, un pequeño tubo de plástico o metálico, a su través de forma que la bilis salga libremente al intestino. Otras veces es aconsejable dejar provisionalmente un drenaje nasobiliar, que es un tubo más largo que sale por la nariz al exterior.

Aproximadamente en un 10% de los casos no se logra entrar en la vía biliar para realizar las maniobras programadas. Puede ser debido a anomalías anatómicas (divertículos duodenales), operaciones anteriores sobre el estómago o simplemente por peculiaridades de la zona.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Actualmente, mediante técnicas de imagen como la resonancia es posible aclarar muchas enfermedades biliopancreáticas de forma que la indicación de esta exploración (C.P.R.E.) es mucho más exacta y frecuentemente va encaminada a hacer alguna forma de tratamiento endoscópico. En algunos casos existe la alternativa de realizar las radiografías y el tratamiento a través de la piel, pinchando directamente por el hígado (colangiografía transparieto hepática o C.T.H.). Esta técnica tiene en general más riesgos y es más molesta, pero puede ser necesario utilizar las dos de forma complementaria. En la mayoría de las ocasiones la alternativa terapéutica es una intervención quirúrgica.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

La mayoría son leves y producidas por reacciones no deseadas por la medicación administrada. Otras son dolor abdominal e hinchazón o distensión abdominal. Otras complicaciones menores son roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.

- **LOS MÁS GRAVES:**

La inflamación pancreática (pancreatitis) por la irritación del páncreas o la infección de la bilis (colangitis). Si se realiza esfinterotomía puede ocurrir también hemorragia y más raramente, perforación o rotura de la pared duodenal, o atascamiento de un cálculo grande que no puede sacarse.

También son complicaciones graves: reacciones alérgicas medicamentosas, alteraciones cardiopulmonares y transmisión de infecciones.

De presentarse alguna de ellas, obligan a un tratamiento específico y a prolongar su estancia en el hospital. Ocasionalmente pueden requerir un tratamiento urgente e incluso una intervención quirúrgica.

Mortalidad: algunas complicaciones pueden seguir una evolución fatal. Es una eventualidad excepcional pero puede suceder.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Alergias a medicamentos: Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados. Aunque la alergia a contrastes yodados no supone contraindicación, debe conocerse este hecho.

Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante: Pueden tener más riesgo de hemorragia, sobre todo si se toman biopsias o con otras maniobras. Se deben tomar precauciones al respecto. Por otra parte, puede ser necesario corregir la coagulación sanguínea mediante transfusión de plasma o plaquetas si está alterada.

Embarazo: En esta exploración se emplean rayos X que pueden dañar al feto. En caso de embarazo se debe recurrir a otras alternativas o planificar correctamente la técnica. Debe conocerse esta posibilidad.

Ser portador de marcapasos.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo de complicaciones.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Avise si padece posibles alergias a medicamentos o a contrastes yodados.

Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante (Sintrom...) o antiagregante (aspirina, AAS, Tromalyt, Iscover...), ya que puede ser necesario suspenderlos antes.

Avise si es portador de marcapasos.

Notifique si puede estar embarazada.

Retire su prótesis dentaria, si la tiene.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE DIGESTIVO
-------------------------	------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____
