



Consentimiento Informado Para
Gastroplastía Con Banda Gástrica
Ajustable

Consentimiento Informado Para Gastroplastía Con Banda Gástrica Ajustable

Consentimiento Informado Para Gastroplastía Con Banda Gástrica Ajustable

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de
GASTROPLASTÍA CON BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE.

INFORMACION

He sido informado de las diferentes alternativas disponibles en la actualidad en nuestro medio y aceptadas para el tratamiento de la obesidad excesiva, incluidos los métodos quirúrgicos (los procedimientos restrictivos y restrictivos / malo-absortivos), sus indicaciones, las contraindicaciones, los mecanismos del funcionamiento, las ventajas, las desventajas, las complicaciones, los resultados a corto y largo plazo, así como la proporción de mortalidad y morbilidad.

Declaro, también, que la alternativa de tratamiento quirúrgico que se ha propuesto, fue evaluado y aprobado por especialistas en nutrición y medicina interna consultados por mí.

Aseguro que entendí claramente que el tratamiento quirúrgico de la obesidad es un procedimiento quirúrgico de magnitud y como tal eso implica la existencia de riesgos de vida y la posibilidad de varias complicaciones, inmediatas, de mediano y largo plazo.

Además entiendo los riesgos inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico, incluidos el referido al acto anestésico y las complicaciones de la cirugía de la obesidad que incluyen las infecciones (el postoperatorio de la herida, del pulmón, urinario e intra-abdominal), trombosis venosa, embolia pulmonar, filtración de suturas y perforaciones del tubo digestivo, lesión esplénica, que puede implicar la necesidad de extracción del bazo, las hemorragias, la hemotransfusión eventual si se necesita, dilatación gástrica, obstrucción intestinal, náuseas y vómitos, dehiscencia de herida operativa, hipertrofia de la cicatriz, hernia incisional, las anemias por deficiencia de hierro, vitamina B12 o del ácido fólico, la desmineralización ósea, caída de pelo, empeoramiento de enfermedades reumáticas, úlcera péptica, además de deficiencias minerales, proteicas y vitamínicas.

Estoy consciente, que este tipo de procedimiento puede imponer limitaciones a la ingestión de algunos alimentos, puede causar reducción del apetito y además podría interferir en la absorción de ciertas medicinas.

También estoy informado que la pérdida de peso, así como la prevención de alguna de las complicaciones nutricionales, depende de mi participación efectiva en el sentido de seguir las dietas convenientes, de practicar las actividades físicas regularmente y de hacer uso continuo de vitaminas y complementos que me sean indicados, además de los controles periódicos posteriores a la cirugía.

Entiendo y acepto también, que ante las eventuales complicaciones y dependiendo de su naturaleza, una o más reoperaciones pueden ser necesarias, como también los gastos adicionales que podrían implicar. Dependiendo de las decisiones del intra operatorio, puede haber necesidad de realizar una gastrostomía o el colocar drenajes en la cavidad peritoneal, así como de convertir la cirugía video laparoscópica, cuando sea el caso, en una cirugía convencional abierta.

Por otro lado, entiendo que como cualquier otro tipo de cirugía para la obesidad, puedo no llegar a los resultados deseados por mí, existiendo además la posibilidad de que la pérdida de peso no sea satisfactoria, o incluso pueda ocurrir la recuperación del peso perdido después de un resultado inicial adecuado.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico de GASTROPLASTÍA CON BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).