



Consentimientos Informado Para El  
Procedimiento De Gastrostomía  
Percutánea

## **Consentimientos Informado Para El Procedimiento De Gastrostomía Percutánea**

## Consentimientos Informados Para El Procedimiento De Gastrostomía Percutánea

---

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 procedimiento de:  
**GASTROSTOMIA PERCUTANEA**

### INFORMACIÓN GENERAL

- Este es un procedimiento mínimamente invasivo que consiste en la introducción a través de la pared abdominal anterior de un catéter especial, el cual quedará dentro del estómago, para a través de él suministrar alimentación enteral, generalmente en forma de papillas, por un tiempo prolongado.
- El objetivo es eliminar la necesidad de una sonda nasointestinal prolongada.
- Este catéter de gastrostomía puede más adelante ser cambiado por otro de mayor calibre si así se requiere.
- El procedimiento se realiza en una sala de angiografía - fluoroscopia especialmente habilitada para tal efecto, y es llevado a cabo por el servicio de radiología intervencional, un equipo médico especializado en la técnica y en la interpretación de imágenes.
- En la mayoría de los casos se requiere sólo de anestesia local en el sitio de punción y de sedación endovenosa (tranquilizantes). El procedimiento puede provocar molestias, las que son pasajeras.
- A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en raras ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo las más importantes **la hemorragia y la infección**: sea local en el sitio del catéter, o sistémica (sepsis).
- Nuestra Clínica dispone de los medios e infraestructura necesaria como para poderle garantizar una correcta atención en caso de que se produzca cualquier complicación relacionada con el procedimiento.
- El médico encargado de su caso le explicará personalmente todos los detalles del procedimiento.
- No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.

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 de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

### CONSENTIMIENTO

#### CONSIENTO que se me realice procedimiento de: GASTROSTOMIA PERCUTANEA

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).