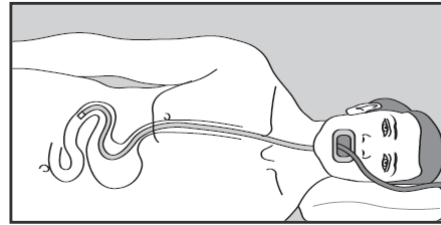




**Cliniber Badajoz S.L.**

Rev 1 14/05/2013



## **DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A COLOCAÇÃO/EXTRAÇÃO DE UM BALÃO INTRAGÁSTRICO**

Sr./Sra.: ....., de ..... anos de idade.  
(Nome e dois apelidos do paciente)

Com morada: ....., e B.I.: .....  
(Morada do paciente)

Sr./Sra.: ....., de ..... anos de idade.  
(Nome e dois apelidos do representante legal)

Com morada: ....., e B.I.: .....  
(Morada do representante legal)

Em ..... qualidade ..... de ....., de .....  
(Representante legal, familiar ou achegado) (Nome e dois apelidos do paciente)

### **DECLARO**

Que a doutora **M<sup>a</sup> Ángeles Berges Magaña** me explicou que é conveniente proceder, na minha situação à COLOCAÇÃO/EXTRAÇÃO DE UM BALÃO INTRAGÁSTRICO.

**1.** Mediante este procedimento pretende-se conseguir a perda do excesso de peso que não se tenha podido tratar por métodos convencionais e que produzem mal-estar e risco de complicações endócrino-metabólicas, vasculares, pulmonares, osteoarticulares, ou outras.

A realização do procedimento pode ser gravada com fins científicos ou didáticos.

A manipulação de toda a informação seguirá as leis vigentes de confidencialidade e proteção de dados.

**2.** O médico advertiu-me que o procedimento requer sedação e/ou anestesia geral em função das condições clínicas do paciente, cujos pormenores e eventuais problemas me serão devidamente explicados.

**3.** Mediante este procedimento vai-se reduzir a capacidade do meu estômago. Com isto tenta-se diminuir o volume de alimento que preciso para me encontrar satisfeito. Este é um mecanismo físico que de nenhuma maneira ajuda por si próprio a controlar o desejo ou a compulsão por comer.

Entendo portanto que o procedimento não pode garantir que perca peso, e que a minha participação ativa é fundamental para conseguir os objetivos. Se não modifico a minha conduta alimentar, provavelmente o êxito do tratamento não se produz.

O médico explicou-me também que existem outras alternativas para perder peso, assim como diversas intervenções cirúrgicas para o tratamento da obesidade, das quais me informaram de forma clara e respondeu a todas as minhas dúvidas expostas.

Também sei que há a possibilidade de que durante a endoscopia se possam encontrar lesões no esófago ou no estômago que contraindiquem o procedimento nesse momento, em cujo caso se me explicará a situação, reformulando mais à frente a idoneidade do tratamento no meu caso.

**4.** Compreendo que, apesar da escolha adequada da técnica e da sua correta realização, podem-se apresentar efeitos indesejados ou complicações, tanto os comuns derivados de toda intervenção e que podem afetar todos os órgãos e sistemas, assim como outros específicos do procedimento, como náuseas, vômitos, dor abdominal, meteorismo, prisão de ventre que costumam ser leves. Do mesmo modo, se os vômitos são graves pode-se produzir desidratação, que pode originar por sua vez outras complicações, como insuficiência renal. Por outro lado, outras complicações, muito pouco frequentes, mas de maior gravidade, derivam de eventuais problemas relacionados com o próprio dispositivo ou com a sua colocação ou extração: esvaziamento do globo com migração para o intestino, lesões esofágicas ou gástricas, insuficiência respiratória etc. O médico explicou-me que estas complicações

habituais resolvem-se com tratamento médico (medicamentos, soros, etc.) mas podem chegar a requerer uma intervenção, geralmente de urgência, incluindo risco de mortalidade. Também fui informado de que o procedimento pode não ter êxito: nesse caso não se produzirá perda de peso.

5. O médico indicou-me que para a realização desta técnica é necessária uma preparação prévia, mediante jejum de 8 horas, prévio tanto à introdução como à extração do balão, assim como a necessidade de dieta líquida 72 horas antes da extração. Apesar de dita preparação, em ocasiões, pode-se observar esvaziamento incompleto do estômago, que pode aconselhar a adiar o procedimento da extração. Sei que deverei seguir além disso umas indicações concretas depois da inserção do balão que me serão entregues pelo médico ou pelo pessoal auxiliar ao meu cuidado.

Indicaram-me também a necessidade de advertir das minhas possíveis alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de prótese, marca-passos, medicações atuais ou qualquer outra circunstância.

Pela minha situação vital atual (diabetes, obesidade, hipertensão, idade avançada...) pode aumentar a frequência ou a gravidade de risco ou complicações como

Compreendi as explicações que me deram numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me realizar todas as observações e esclareceu-me todas as dúvidas que expus.

Compreendo também que, em qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora presto.

Por isso, manifesto que estou satisfeito/a com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos da exploração. E em tais condições.

## **CONSINTO**

Que me realizem a COLOCAÇÃO/EXTRAÇÃO DE UM BALÃO INTRAGÁSTRICO.

Em Badajoz, a            de            de

Ass.: O/a paciente

Ass.: Representante legal

Ass.: Dra. Berges Magaña  
nº col: 06/06/04781

## **DENEGACÃO OU REVOGAÇÃO**

Eu, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ depois de ser informado/a da natureza e dos riscos do procedimento proposto, manifesto de forma livre e consciente a minha denegação/revogação (risque o que não interessa) para a sua realização, tornando-me responsável pelas consequências que podem derivar desta decisão.

Badajoz, a            de            de

Ass.: O/ a paciente  
B.I.:

Ass.: O representante legal  
B.I.:

Ass.: Dra. Berges Magaña  
D.N.I.:

Em conformidade com o disposto no Art. 5 da L. O. 15/1999 de Proteção de dados de Caráter Pessoal, informamos que os seus dados pessoais serão incorporados a um ficheiro, devidamente inscrito no R.G.P.D., para a manutenção da relação médico-paciente e história clínica. O Sr./Sra. Autoriza de forma expressa que os seus dados pessoais sejam comunicados, única e exclusivamente naqueles casos em que seja necessário, à empresa asseguradora à qual pertence, com o único objetivo de lhe prestar os serviços por si solicitados. O seu consentimento entender-se-á prestado enquanto não comunique por escrito, para a morada abaixo indicada, a revogação do próprio.

No caso de se produzir alguma modificação dos seus dados, rogamos que nos o comunique devidamente por escrito com a finalidade de manter a sua informação actualizada. Poderá exercer os direitos de acesso, retificação, cancelamento e oposição dirigindo-se por escrito ao responsável do ficheiro: Cliniber Badajoz, S.L. C/ Ramón Fernández Moreno, 16 A. 06006, Badajoz.