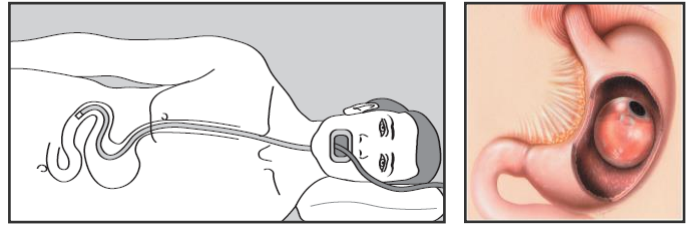




Cliniber Badajoz S.L.

Rev 1 14/05/2013



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN/EXTRACCIÓN DE UN BALÓN INTRAGÁSTRICO

Don/Doña:, de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en:, y DNI:
(Domicilio del paciente)

Don/Doña:, de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en:, y DNI:
(Domicilio del representante legal)

En calidad de, de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que la doctora **M^a Ángeles Berges Magaña** me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la COLOCACIÓN/EXTRACCIÓN DE UN BALÓN INTRAGÁSTRICO.

1. Mediante este procedimiento se pretende conseguir la pérdida del exceso de peso que no se ha podido tratar por métodos convencionales y que me producen malestar y riesgo de complicaciones endocrino-metabólicas, vasculares, pulmonares, osteoarticulares, u otras.

La realización del procedimiento puede ser grabada con fines científicos o didácticos.

El manejo de toda la información seguirá las leyes vigentes de confidencialidad y protección de datos

2. El médico me advertido que el procedimiento requiere sedación y/o anestesia general en función de las condiciones clínicas del paciente, cuyos detalles y eventuales problemas me serán debidamente explicados.

3. Mediante este procedimiento se va a reducir la capacidad de mi estómago. Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que preciso para encontrarme satisfecho. Este es un mecanismo físico que de ninguna manera ayuda por sí mismo a controlar el deseo o la compulsión por comer.

Entiendo por tanto que el procedimiento no puede garantizar que pierda peso, y que mi participación activa es fundamental para lograr los objetivos. Si no modifico mi conducta alimentaria, probablemente el éxito del tratamiento no se produzca.

El médico me ha explicado también que existen otras alternativas para perder peso, así como diversas intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad, de las cuáles me ha informado de forma clara y ha respondido a todas las dudas planteadas.

También sé que cabe la posibilidad de que durante la endoscopia, pueden encontrarse lesiones en el esófago o en el estómago que contraindiquen el procedimiento en ese momento, en cuyo caso se me explicará la situación, replanteándose más adelante la idoneidad del tratamiento en mi caso.

4. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables o complicaciones, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, así como otros específicos del procedimiento, como náuseas, vómitos, dolor abdominal, meteorismo, estreñimiento que suelen ser leves. Asimismo, si los vómitos son graves se puede producir deshidratación, que puede originar a su vez otras complicaciones, como insuficiencia renal. Por otro lado, otras complicaciones, muy poco frecuentes, pero de mayor gravedad, derivan de eventuales problemas relacionados con el propio dispositivo o con su colocación o extracción: desinflado del globo con migración al intestino, lesiones esofágicas o gástricas, insuficiencia respiratoria etc. El médico me ha explicado que estas complicaciones habituales se resuelven con

tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

También he sido informado de que el procedimiento puede no tener éxito; en ese caso no se producirá pérdida de peso.

5. El médico me ha indicado que para la realización de esta técnica es necesaria una preparación previa, mediante ayuno de 8 horas, previo tanto a la introducción y extracción del balón, así como la necesidad de dieta líquida 72 horas antes de la extracción. A pesar de dicha preparación, en ocasiones, puede observarse vaciamiento incompleto del estómago, que puede aconsejar aplazar el procedimiento de la extracción. Sé que deberé seguir además unas indicaciones concretas después de la inserción del balón que me serán entregadas por el médico o el personal sanitario a mi cuidado.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgo o complicaciones como.....

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

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración. Y en tales condiciones.

CONSENTO

Que se me realice la COLOCACIÓN/EXTRACCIÓN DE UN BALÓN INTRAGÁSTRICO.

En Badajoz, a de de

Fdo.: El/la paciente

Fdo.: Representante legal

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

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, Don/Dña. _____ después de ser informado/a, de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Badajoz, a de de

Fdo.: El/ la paciente
D.N.I.:

Fdo.: El representante legal
D.N.I.:

Fdo.: Dra. Berges Magaña
D.N.I.:

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 5 de la L. O. 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero, debidamente inscrito en el R.G.P.D., para el mantenimiento de la relación médico-paciente e historia clínica. Vd. autoriza de forma expresa que sus datos personales sean comunicados, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario, a la compañía aseguradora a la que pertenece, con el único fin de prestarle los servicios por Vd. solicitados. Su consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito, a la dirección abajo indicada, la revocación del mismo.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, rogamos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener su información actualizada. Vd. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito al responsable del fichero: Cliniber Badajoz, S.L. C/ Ramón Fernández Moreno, 16 A. 06006, Badajoz.