

Consentimiento informado Retirada Balón Intragástrico

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

En qué consiste: para la retirada del Balón Intragástrico se realiza una Endoscopia Digestiva Alta (gastroscopia). Durante el procedimiento de extracción, se punciona el balón con una aguja bajo visión endoscópica directa. Después el balón se vacía por un sistema de aspiración a través de dicho orificio, y cuando está completamente vacío, se extrae con una pinza diseñada al efecto.

La endoscopia oral no suele producir dolor, pero si náuseas. Con la aplicación de técnicas de sedación y analgesia, estas molestias se reducen y, a veces, desaparecen por completo. El anestesiólogo que le va a atender conoce perfectamente los efectos de la técnica que le aplica y controla el uso de fármacos adecuados para minimizar todo ese tipo de molestias. Le controlará sus constantes en cada momento. El grado de sedación intravenosa se ajusta en cada momento a las necesidades del paciente para que éste no sufra molestias

La aplicación de sedación y analgesia intravenosa disminuye los efectos que producen las náuseas, el dolor y la distensión de las paredes del tubo digestivo de la endoscopia, por lo que su efecto es protector sobre el paciente.

La administración de sedantes puede condicionar excesiva sedación que podría requerir en cualquier momento aplicación de técnicas de ventilación asistida

Hoy en día se utilizan fármacos de fácil eliminación que permiten una recuperación rápida. Después de finalizar la exploración, en unos minutos el paciente será capaz por lo general de levantarse y caminar. El paciente debe ir acompañado de un adulto responsable y no debe conducir en 24 horas.

PREPARACIÓN PARA LA PRUEBA

La gastroscopia requiere como preparación previa únicamente que venga usted en ayunas, ya que, de haber comido algo, la visualización de la mucosa es deficiente y el riesgo de aspiración bronquial es elevado, por lo que no se puede realizar la prueba. Debe avisar e indicar al médico si tiene alguna alergia o si padece alguna enfermedad cardiovascular.

Se me ha indicado que debo estar en ayunas desde 8 horas antes de la exploración, debiendo avisar de posibles alergias medicamentosas y cualquier otro antecedente que usted tenga sobre su salud (enfermedades, prótesis, marcapasos, medicaciones, etc.). Que tres días antes de la retirada del balón debo seguir dieta líquida.

También es necesario que notifique con anterioridad si toma habitualmente anticoagulantes (por ejemplo, Sintrom®), antiagregantes (Aspirina®, Adiro®, Disgren® o Tiklid®, entre otros) y antiinflamatorios (por ejemplo, Voltaren®) o si es portador de una prótesis cardíaca.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Riesgos generales:

Al realizar la gastroscopia se puede producir, de forma excepcional, perforación, hemorragia, dolor abdominal, aspiración bronquial, alteraciones cardiorrespiratorias, que en algún caso puede requerir ingreso hospitalario e, incluso, cirugía urgente.

Durante la extracción existen una serie de riesgos añadidos inherentes a la técnica extractiva; algunos de ellos, aunque muy infrecuentemente, pueden llegar a requerir intervención quirúrgica. Estos riesgos son: punción de la mucosa, hemorragia, perforación, impactación del balón en cardias o esófago, oclusión de la vía aérea.

Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados, por circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) se pueden esperar lo siguientes riesgos:

.....

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: cmed@cmed.es, adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa

Dr/a:

Colegiado nº Fecha:/...../.....

Firma del paciente

D/Dª:

Fecha:/...../.....

D./Dª:, con DNI: en calidad de a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha:/...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.



DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2
28006 Madrid
Tel: 91 562 02 90

CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90
Email: cmed@cmed.es
www.cmed.es

SOCIAL

 /CentroMedico
EnfermedadesDigestivas
 @TWC MED
 @cmed_es

VIDEOCONSULTA

También disponible por
 VIDEOCONSULTA
Más info: cmed.es/e.cmed.php