

Consentimiento informado para Sleeve Gástrico

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

Consiste en una resección del estómago para formar un reservorio de una capacidad de 20-30 ml aproximadamente. Posteriormente, se realiza una sección intestinal y una reconstrucción del tracto digestivo en forma de "Y", uniendo el reservorio con el intestino, por donde transitará el alimento, y uniendo el intestino proximal por donde transita la bilis, los jugos gástricos del estómago excluido y los jugos pancreáticos con el intestino que contiene los alimentos desde el reservorio.

Este procedimiento permite la pérdida de peso por dos mecanismos: restricción, al disminuir la capacidad de contener alimentos por el estómago, y malabsorción, al disminuir la distancia de intestino delgado que participará en la absorción de los alimentos.

Los pacientes obesos son de alto riesgo para la realización de cualquier procedimiento quirúrgico, incluyendo el sleeve gástrico, y se ve aumentado dependiendo de las enfermedades asociadas que tenga cada paciente, además de las complicaciones inherentes al procedimiento como tal. Es necesario que el paciente se comprometa a cumplir con todas las indicaciones impartidas por los especialistas tratantes, ya que de lo contrario pondrán en riesgo su salud.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Riesgos generales

Tromboembolismo pulmonar, atelectasias, neumonía, trombosis venosa profunda, fuga de las anastomosis, disrupción de la línea de grapas, fistulas gastrocutáneas o enterocutáneas, fistulas gastrogástricas, hemorragia intraabdominal, hemorragia digestiva superior y/o inferior, absceso intraabdominal, infección de la herida, seromas de las heridas, eventración, granulomas en las heridas, obstrucción intestinal, pérdida inadecuada de peso, pérdida excesiva de peso con malnutrición y hasta la muerte.

Es importante que usted sepa que permanecer obeso tiene mucho mayor riesgo de muerte que realizarse la cirugía.

RIESGOS PERSONALIZADOS

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

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: cmcd@cmcd.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