

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO

20.....En el día de la fecha, Yo.....del
Mendoza,de.....del

..... para que se me realice el siguiente procedimiento endoscópico:
Extracción de Balón Intragástrico.

Mediante una consulta previa se me ha entregado información verbal y/o escrita que explica la naturaleza y el propósito del procedimiento, en términos que yo he comprendido perfectamente. De lo contrario tengo la posibilidad de solicitar nuevamente una reunión con un especialista. En la información que recibí, se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento y los relacionados con la sedación, y me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

Se me ha informado que la permanencia del Balón Intragástrico es temporaria y debe ser retirado, como máximo, a los 6 (seis) meses de colocado, según la indicación del fabricante y el equipo médico a cargo; al igual que se me informó las posibles consecuencias de no extraer el Balón en el tiempo estipulado.

La extracción de balón intragástrico es un procedimiento invasivo que requiere sedación anestésica, se realiza con un gastroscopio y se procede a extraer el balón con pinza de cuerpo extraño, previo vaciado y aspirado completo del contenido. Debido a que el balón retrasa el vaciamiento gástrico es muy importante la realización de una dieta líquida 48 hs y un ayuno de 6 hs previas al mismo. En caso de presentar contenido se evaluará con el médico anestesista la necesidad de reprogramar el procedimiento. Debido a los efectos de la sedación el día del procedimiento debe ir acompañado de un adulto que se responsabilice del traslado al domicilio; debiendo evitar conducir o realizar tareas peligrosas posteriores.

Asimismo, se me ha explicado que este procedimiento si bien es ambulatorio, es un procedimiento invasivo con escaso riesgo, incluyendo mortalidad, aunque sumamente infrecuente.

También reconozco, ya que me lo han informado, que durante el transcurso del procedimiento terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr..... y a sus colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud.

Asimismo permito que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anesthesiologo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico, y reconozco los riesgos de la misma. El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado.

Podrán realizarse íterconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información médica vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunicad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento que

ha de realizarse para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s.

En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

Firma del/la médico/a tratante

Aclaración:

Firma del/la paciente

Aclaración: