



Col·locació de baló intragàstric. Consentiment Informat

Vostè té dret a conèixer el procediment al que serà sotmès i les complicacions més freqüents que poden ocórrer. Aquest document intenta explicar-li totes aquestes qüestions; llegeixi'l atentament i consulti amb el seu metge tots els dubtes que se li plantegin.

1. Descripció del procediment

El metge m'ha explicat que, la endoscòpia digestiva alta, és una tècnica endoscòpica el propòsit de la qual és la visualització de la paret del tracte digestiu superior (esòfag, estómac i duodè) amb la finalitat de poder diagnosticar diferents malalties que afectin aquest trajecte.

El procediment, sempre amb indicació del metge especialista, i sobretot en determinades circumstàncies, pot fer recomanable o necessària la sedació o la utilització d'anestèsic tòpic amb la finalitat de disminuir la sensació de nàusees en introduir l'endoscopi en la cavitat oral, així com també pot ser recomanable o necessària la realització d'un acte terapèutic durant l'endoscòpia.

La prova es realitza, habitualment, amb el pacient en decúbit (estirat al llit sobre el seu costat esquerre), i després de la introducció oral de l'endoscopi (a través d'un obreboques), es visualitza la paret de l'esòfag, estómac i duodè. En el mateix acte poden prendre's mostres de teixit (biòpsia) per al seu estudi.

El tractament endoscòpic de l'obesitat es basa en la col·locació d'un baló intragàstric que s'infla dins de l'estómac, amb el que aconseguix augmentar la sensació de sacietat i disminuir la ingesta d'aliments. El baló intragàstric està elaborat amb silicona. Una vegada sedat el pacient i després de completar l'endoscòpia, s'introdueix el baló desinflat per la boca, fent-se avançar manualment fins a l'estómac. Posteriorment, s'infla el baló amb sèrum tenyit amb blau de metilè o amb aire sol, retirant-se finalment la sonda que aboca al baló.

2. Beneficis del procediment

El metge m'ha informat que mitjançant aquest procediment, aconseguix augmentar la sensació de sacietat i disminuir la ingesta d'aliments.

3. Alternatives al procediment

En cas de NO EFECTUAR-SE AQUEST PROCEDIMENT.....
Alternatives:

4. Riscos generals i específics del procediment

Malgrat l'adequada elecció de la tècnica i de la seva correcta realització, poden presentar-se efectes indesitjables, com a hemorràgia, perforació, infecció, nàusees i vòmits i subluxació maxil·lar, que poden ser greus i requerir tractament mèdic o quirúrgic, inclòs un risc mínim de mortalitat. Les complicacions específiques a la implantació del baló són l'hemorràgia i la perforació. També poden aparèixer riscos secundaris en tenir el baló en la cavitat gàstrica durant un període màxim de 6 mesos, com són dolor abdominal, nàusees, vòmits, diarrea, úlcera o hemorràgia digestiva, perforació o obstrucció intestinal.

El metge m'ha advertit la necessitat d'avisar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, existència de pròtesi, marcapassos, medicacions actuals o qualsevol altra circumstància.

5. Riscos personalitzats

Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seva situació clínica i les seves circumstàncies personals són:

6. Observacions i contraindicacions

.....
.....
.....



Sr./Sra.:

amb DNI:

DECLARO que:

He estat informat/da amb antelació i de forma satisfactòria pel metge, del procediment Col·locació de baló intragàstric que se'm realitzarà així com dels seus riscos i complicacions.

Que conec i assumeixo els riscos i/o complicacions que es poden produir derivats del procediment, malgrat que els professionals posin tots els mitjans al seu abast.

Que he llegit i comprès aquest escrit. Estic satisfet/a amb la informació rebuda, he formulat totes les preguntes que he cregut convenient i m'han aclarit tots els dubtes plantejats.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara signo, amb només comunicar-ho a l'equip mèdic.

I en aquestes condicions,

CONSENTO

NO CONSENTO

que se'm realitzi la Col·locació de baló intragàstric

Signatura del/de la pacient

Representant legal i DNI

Signatura del/de la professional i
núm. de col·legiat/ada

Data:

REVOCO: El consentiment donat i, per tant, no desitjo que em sigui realitzada la Col·locació de baló intragàstric

Signatura del/de la pacient

Representant legal i DNI

Data: