

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía de la Obesidad (Bariátrica)

FL-CDM-06

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende conseguir la pérdida del exceso de peso que no se ha podido tratar por los métodos convencionales y que me producen las complicaciones hemodinámicas, vasculares, pulmonares, endocrinas u osteoarticulares.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE LA OBESIDAD (BARIATRICA)

Mediante este procedimiento se va a reducir la capacidad de mi estómago, desviar el alimento en el intestino de forma que no va a pasar por todas sus partes, o ambas cosas. Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que preciso para encontrarme satisfecho, una disminución en la absorción de nutrientes, o ambas cosas.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorio para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Dependiendo del paciente se puede realizar:

- By pass gástrico.
- Gastroplastia en manga

Comprendo que esta operación cambiará la anatomía del Tubo Digestivo y me podrá ocasionar molestias permanentes a futuro y que me obligará a cambiar mis hábitos alimentarios.

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE LA OBESIDAD (BARIATRICA)

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse complicaciones o efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) y los específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, alteraciones digestivas transitorias, retención aguda de orina, derrame pleural, dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: Infección o sangrado intra abdominal, sepsis, fístulas gastrointestinales por vómitos, déficit nutricionales, perdida excesiva de peso. Falla del procedimiento y recuperación de la obesidad.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgo importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro estarán disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS


QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento, ya que han fallado los métodos convencionales.

Declaro que he sido debidamente evaluado y aconsejado, por un equipo médico integrado por Endocrinólogos, Nutricionistas, Internistas y Psicólogo

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía de la Obesidad (Bariátrica)	FL-CDM-06
		Rev. 03

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones declaro:

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **CIRUGÍA DE LA OBESIDAD (BARIÁTRICA)**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA DE LA OBESIDAD (BARIÁTRICA)**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **CIRUGÍA DE LA OBESIDAD (BARIÁTRICA)**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____