

***Por favor diligencie este documento con tinta negra, letra clara y sin tachones o enmendaduras.***

***Recuerde: El consentimiento informado es un documento legal***

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BALON INTRAGASTRICO**

Nombre(s) y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Considerando que el/la Doctor/a : \_\_\_\_\_ con registro médico \_\_\_\_\_ me ha explicado con suficiente anticipación al procedimiento, que en mi situación, el tratamiento endoscópico mediante BALÓN INTRAGÁSTRICO es una de las opciones a seguir la cual yo he escogido luego de conocer las otras opciones disponibles, las cuales se me han explicado.

1. Mediante este procedimiento se pretende conseguir la pérdida del exceso de peso que no se ha podido lograr por métodos convencionales.
2. Que el exceso de peso me pone en riesgo de complicaciones endocrino-metabólicas, vasculares, pulmonares, osteoarticulares, y otras.
3. El manejo de toda la información documentada durante el procedimiento seguirá las leyes vigentes de confidencialidad y protección de datos.
4. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere sedación y/o anestesia general en función de mis condiciones clínicas, cuyos detalles y eventuales problemas me serán debidamente explicados en el respectivo consentimiento por el (la) anesthesiólogo (a).
5. Mediante este procedimiento se va a reducir la capacidad de mi estómago. Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que preciso para encontrarme satisfecho. Este es un mecanismo físico, que de ninguna manera ayuda por sí mismo a controlar el deseo o la compulsión por comer.
6. Entiendo por tanto que el procedimiento no puede garantizar que pierda peso, y que mi participación activa es fundamental para lograr los objetivos. Si no modifico mi conducta alimentaria, probablemente el éxito del tratamiento no se produzca.
7. Por lo anterior me comprometo a asistir a los controles nutricionales, Psicológicos y de otra índole que sean indicados por mi médico.
8. El médico me ha explicado también que existen otras alternativas para perder peso, así como diversas intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad, de las cuáles me ha informado de forma clara respondiendo a todas las dudas planteadas.
9. También sé que cabe la posibilidad de que durante la endoscopia, pueden encontrarse lesiones en el esófago o en el estómago que contraindiquen el procedimiento en ese momento, en cuyo caso se me explicará la situación, replanteándose más adelante la idoneidad del tratamiento en mi caso.
10. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables o complicaciones, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, así como otros específicos del procedimiento, como náuseas, vómitos, dolor abdominal meteorismo y estreñimiento que suelen ser leves. Asimismo, si los vómitos son graves se puede producir deshidratación, que puede originar a su vez otras complicaciones, como insuficiencia renal. Por otro lado, otras complicaciones, muy poco frecuentes, pero de mayor gravedad, derivan de eventuales problemas relacionados con el propio dispositivo o con su colocación o extracción: desinflado del globo con migración al intestino con o sin obstrucción (1-2%), lesiones esofágicas o gástricas (1%), insuficiencia respiratoria y meteorismo (8%) entre otras.
11. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.
12. Por tal motivo me comprometo a informar todos los síntomas de alarma tales como vómito, dolor abdominal, sangrado o fiebre que ocurran durante los cuatro días posteriores a la colocación del dispositivo.
13. Se me ha informado que el líquido del balón tiene una coloración especial que me ayudará a determinar si en algún momento se rompe para informarlo.
14. También he sido informado de que el procedimiento puede no tener éxito; en ese caso no se producirá pérdida de peso.
15. El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica es necesaria una preparación previa, mediante ayuno de 8 horas, previo tanto a la introducción y extracción del balón, así como la necesidad de dieta líquida 72 horas antes de la extracción. A pesar de dicha preparación, en ocasiones, puede observarse vaciamiento incompleto del estómago, que puede aconsejar aplazar el procedimiento de la extracción. Sé que deberé seguir además unas indicaciones concretas después de la inserción del balón que me serán entregadas por el médico o el personal sanitario a mi cuidado.
16. También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
17. He anotado la presencia o ausencia de las siguientes enfermedades y condiciones que pueden incrementar los riesgos del procedimiento o requerir de medidas adicionales con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones.

**Emdiagnostica SAS Nit. 900354784 Gastroenterología y Endoscopia digestiva**

**Cra 18 84 -11 Cons 402 PBX: 7041234**

- |  | SI  | NO  |
|--|-----|-----|
| ● Me encuentro en ayuno igual o superior a 8 hs.   | ( ) | ( ) |
| ● He consumido alcohol o sustancias psicoactivas<br>Dentro de las 24 hs previas a este procedimiento | ( ) | ( ) |
| ● Consumo medicamentos como aspirina, ibuprofeno,<br>Naproxeno o diclofenaco.                        | ( ) | ( ) |
| ● Consumo anticoagulantes como Warfarina o me<br>Aplico heparina de cualquier tipo                   | ( ) | ( ) |
| ● Padezco alguna o algunas de las siguientes enfermedades  |     |     |
| ● Enfermedad valvular cardiaca   | ( ) | ( ) |
| ● Reemplazo valvular cardiaco  | ( ) | ( ) |
| ● Diabetes   | ( ) | ( ) |
| ● Cirrosis hepática  | ( ) | ( ) |
| ● Enfermedad pulmonar severa.  | ( ) | ( ) |
| ● Insuficiencia renal crónica.   | ( ) | ( ) |

Recibo los siguientes medicamentos \_\_\_\_\_

Soy alérgico a los siguientes medicamentos. \_\_\_\_\_

18. Si quisiera más detalles técnicos de la intervención, sé que puedo contar con ellos solicitándolos al facultativo,
19. También comprendo que, en cualquier momento previo al procedimiento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
20. Entiendo que debo asistir acompañado por un adulto responsable y que no podré conducir al finalizar el procedimiento.
21. Se me ha explicado que en caso de presentarse alguna complicación durante el procedimiento, se cuenta con los medios para manejarla de acuerdo a su complejidad y con los medios necesarios para la remisión a centros de mayor complejidad en caso de que así se requiera.
22. Se me ha explicado que junto con el resultado del procedimiento se me entregarán las recomendaciones que debo seguir posterior al mismo.
23. He asistido a una valoración previa por el especialista que me realizará el procedimiento en la que se me ha explicado todo lo aquí mencionado y confirmo que acepto seguir las recomendaciones dadas previo, durante y posterior al mismo.
24. He comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido aclarar todas las dudas que le he planteado
25. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y en tales condiciones.
26. Confirmando que he leído, comprendido y aceptado la información contenida en el documento de **PREPARACION** para este procedimiento registrada en <http://www.emdiagnostica.com/index.php/formas> .

**CONSIENTO (Marcar con una X) SI ( ) NO ( )**

**Que se me realice, tratamiento mediante BALÓN INTRAGÁSTRICO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA ESPECIALISTA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PACIENTE CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

Testigo

Nombre \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

En caso de ser menor de edad este documento deberá ser firmado por el paciente y su tutor responsable.

Nombre tutor \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Firma tutor. \_\_\_\_\_