



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA BARIATRICA

GASTRECTOMIA EN MANGA + BIPARTICION INTESTINAL

Fecha de ingreso

Yo,, DNI autorizo al Dr. y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados, a efectuar en mi persona el procedimiento conocido como **GASTRECTOMIA EN MANGA + BIPARTICION INTESTINAL** (ver esquema).

La obesidad es una enfermedad crónica, inflamatoria, recidivante y estigmatizante cuya severidad afecta la calidad y la expectativa de vida del individuo que la padece.

La cirugía bariátrica y metabólica constituye una estrategia terapéutica cuyo fin es lograr que los pacientes puedan revertir y/o mejorar su/s enfermedad/es asociada/s (comorbilidades). Esto se logra mediante un procedimiento quirúrgico que deriva en una modificación del tracto digestivo, y cuyo fin es el de lograr que el paciente pueda modificar eficazmente sus hábitos alimentarios. Esto se logra mediante la reducción del volumen del estómago y saltar sectores del tubo digestivo (by pass), y la modificación de la producción de enterohormonas que regulan el mecanismo de hambre y saciedad.

La cirugía bariátrica y metabólica tiene además, como objetivo reducir la mortalidad ligada a la obesidad severa, controlar las enfermedades asociadas a ella y mejorar la calidad de vida a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo.

Existen distintos tipos de procedimientos bariátricos y metabólicos. La selección del procedimiento se basa en la evaluación de cada caso en particular por parte del equipo multidisciplinario tratante.

Declaro que se me ha informado, en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la condición que padezco, los riesgos que esta puede provocar en mi salud y que también comprendo la naturaleza del procedimiento indicado por el médico tratante.

Declaro que se me ha informado que los beneficios esperados del tratamiento indicado son: Lograr la pérdida del exceso de peso que no se ha conseguido por otros métodos y que genera las enfermedades asociadas a un exceso de grasa corporal. Es esperable también que mediante este procedimiento se controlen y/o curen ciertas enfermedades relacionadas con la obesidad severa.

Declaro conocer los riesgos y complicaciones más frecuentes que acarrea una Cirugía de Gastrectomía en Manga + Bipartición Intestinal, que incluyen la fístula, el sangrado y el reflujo gastroesofágico. Menos frecuentemente, los pacientes pueden presentar dificultad para ingerir alimentos por vía oral, náuseas y vómitos, carencias de vitaminas y minerales, desnutrición severa, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, estenosis de anastomosis, insuficiencia pancreática, dolor abdominal crónico, trastornos relacionados a la salud mental y hernias internas. A su vez, declaro comprender, que un porcentaje de pacientes que padecen complicaciones, pueden tener un desenlace fatal.

Comprendo que existen imponderables en un acto quirúrgico, que en pro de la salud del paciente, pueden generar a juicio del equipo quirúrgico, un cambio en la vía de abordaje (conversión a cirugía convencional) o táctica quirúrgica. Comprendo que la cirugía bariátrica y metabólica requiere una serie de modificaciones en la conducta para que el tratamiento sea eficaz a largo plazo. Es por ello que declaro y acepto que dichas adaptaciones implicarán cambios, a veces definitivos, en su estilo de vida, a saber: Compromiso y adherencia con las pautas alimentarias que le proporciona el equipo multidisciplinario tratante. A su vez me comprometo a continuar con los controles post operatorios y con la suplementación indicada por los profesionales del equipo tratante, y a incorporar la actividad física en su rutina diaria.

Declaro que se me ha explicado que el procedimiento será realizado bajo anestesia general y que médico tratante le ha explicado los alcances y las posibles complicaciones inherentes a ella. Presto conformidad para que el médico anestesiólogo actúe y/o administre durante esta los fármacos y/o procedimientos que crea necesarios para mi bienestar mientras dure el procedimiento.

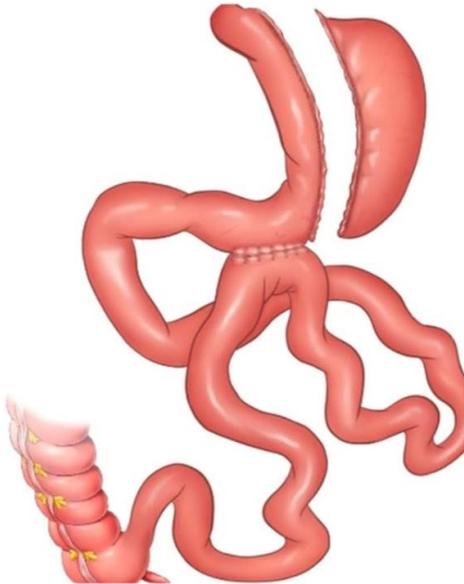
Reconozco que he sido acompañado por médico tratante en la explicación y redacción del presente consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, está satisfecho por la información recibida, que han sido evacuadas sus dudas y ha podido tomar una decisión respecto de los procedimientos que se realizarán.



En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....
.....
.....

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes. Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.



Esquema

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa:

Firma del acompañante

Aclaración



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. Documento

Firma y sello del Médico