

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MEDIANTE EL SISTEMA P.O.S.E. DE
COLOCACION DE ANCLAJES GASTRICOS POR GASTROSCOPIA**

Nº de Historia:

Don/Doña:....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en:, y DNI:,
(Domicilio del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento de la obesidad mediante la técnica endoscópica de POSE. (COLOCACION DE ANCLAJES GASTRICOS POR VÍA ENDOSCÓPICA)

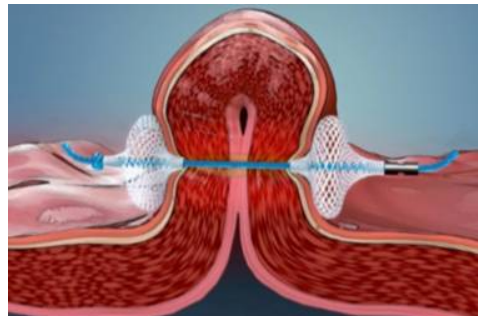
1.-Esta técnica permite la colocación de unos anclajes en el interior del estómago, de forma que se crean un pliegues permanentes que reducen la capacidad del estómago produciendo una saciedad precoz a las tomas de alimento y además enlentecen su vaciamiento. Como consecuencia se reduce la cantidad de alimento ingerido y se facilita el cumplimiento de una dieta dirigida a reducir el peso del paciente y mejorar su estado de salud.

La técnica se realiza a través de la boca y con control endoscópico, con el fin de asegurar la colocación adecuada de los anclajes.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, se debe realizar bajo anestesia general con intubación de la vía aérea por un médico especialista en anestesia, para garantizar la máxima seguridad del paciente. También se me ha informado de los posibles riesgos de la anestesia general.

3.- Con el paciente en decúbito supino (acostado boca arriba) y anestesiado, se introduce el endoscopio por la boca hasta llegar al estómago, donde se realiza la colocación de los anclajes, tanto en el fundus (parte alta del estómago), como en el antro (la parte distal) en numero variable (habitualmente unos 12) según la valoración del especialista. Durante el tiempo de duración del procedimiento el paciente permanecerá anestesiado. Acabado el procedimiento, y a criterio del especialista, es posible que se le deje ingresado en observación durante varias horas.

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables (como distensión y dolor abdominal, dolor oro-faríngeo, hemorragia, perforación, neumo-mediastino, infección, aspiración bronquial, hipotensión, dolor, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis) o excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.



5.- El médico me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia u otras circunstancias.....) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos para tratar mi obesidad. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el resultado perseguido. Como la finalidad del procedimiento es la pérdida de peso y la implicación y esfuerzo personal del paciente es fundamental, no es posible garantizar un resultado predecible. Sin embargo el procedimiento se acompaña de medidas de apoyo para alcanzar el mejor resultado posible (psicólogo, dietista/nutricionista).

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

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice una

COLOCACION DE ANCLAJES GASTRICOS POR GASTROSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MEDIANTE EL SISTEMA P.O.S.E.

En a
(Lugar) (Fecha)
Fdo: El/la Médico Fdo: El/la Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña., de, años de edad
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en y DNI.....
(Domicilio del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En ade 2.0.....
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico Fdo: El/la Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado