

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA COLOCACIÓN DE UN BALÓN INTRAGÁSTRICO**

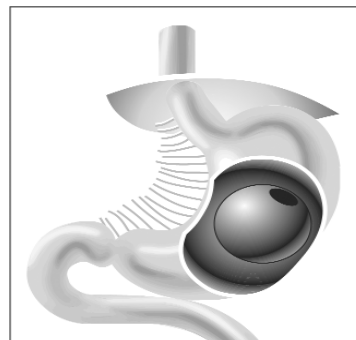
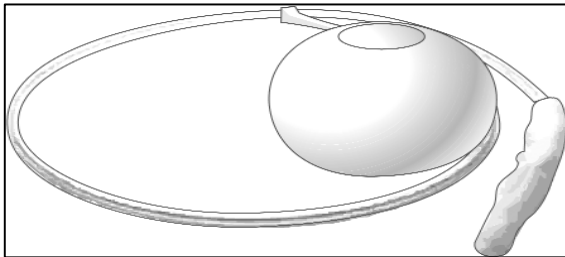
Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)
Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del paciente)
Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del representante legal)
En calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos 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, a la COLOCACIÓN DE UN BALÓN INTRAGÁSTRICO.

- 1.- La obesidad tiene un origen multifactorial que permite que su tratamiento incluya una vertiente médica, quirúrgica y también endoscópica, como la colocación de un balón intragástrico.
- 2.- Esta técnica consiste en la colocación de un balón que se hincha una vez situado dentro del estómago, con el fin de aumentar la sensación de saciedad y disminuir la ingesta de alimentos. Antes de la prueba, se le administra un anestésico local para adormecer la boca y la garganta. Se colocará una boquilla para proteger la dentadura.
Y el médico le introducirá el endoscopio a través de la boca y procederá a realizar la prueba. Tanto para la colocación del balón como para su extracción puede ser recomendable o necesaria la sedación o incluso la anestesia general con intubación de la vía aérea.
- 3.- A los seis meses de su colocación, también por vía endoscópica, el balón se punciona, se deshincha y es extrae a través de la boca.
- 4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como dolor, infección, aspiración bronquial hipotensión, hemorragia, perforación y distensión abdominal, 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. También pueden aparecer riesgos secundarios al tener el balón en la cavidad gástrica durante un máximo de 6 meses, como son dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, úlceras, hemorragias digestivas, perforación, obstrucción intestinal, aspiración bronquial y parada respiratoria.



5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También 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, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación. No se me ha dado garantía de que se puedan conseguir los objetivos terapéuticos previstos y se me ha indicado que la pérdida de peso dependerá de la dieta y las calorías consumidas por el paciente.

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 **COLOCACIÓN DE UN BALÓN INTRAGÁSTRICO**.

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)

Don/Doña , de , años de edad

(Nombre y dos apellidos del representante legal))

con domicilio en y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de..... de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

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

En..... a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado