

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RETIRO DE BALON INTRAGÁSTRICO (BAJO SEDACIÓN)

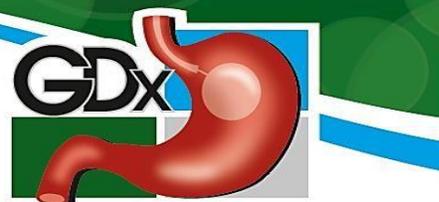
NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA: _____
EDAD: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ TELEFONO: _____
ACOMPANANTE: _____ TELEFONO: _____

DECLARO que, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora al **DR.** _____, profesional de la salud certificado por la secretaria de salud departamental y municipal e inscrito en el **RETHUS**, que en ejercicio legal de su profesión y con el concurso de su personal auxiliar de los servicios asistenciales también debidamente entrenado y certificado, a que se me practique la siguiente intervención y/o procedimiento: **RETIRO DE BALON INTRAGÁSTRICO POR VIA ENDOSCOPICA**. Habiéndome explicado las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos si no se realiza ningún tratamiento a saber.

1. El **RETIRO DE BALON INTRAGÁSTRICO** es un procedimiento endoscópico **TERAPEUTICO** efectuado por el médico especialista en el área, en compañía de anestesiología y su grupo de trabajo de endoscopia cuyo propósito es extraer el dispositivo antes insertado con el objetivo de bajar de peso, el cual, constituido de silicona, considerándose que ya cumplió su tiempo de estancia en el estómago.
2. El procedimiento, siempre con indicación del médico tratante, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesarias la **SEDACIÓN para mayor confort del paciente**. **Riesgos de las intervenciones a efectuar:** Nauseas, vomito, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes, hematomas, inflamación alrededor de venas y arterias por venopunción. **Entiendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización por el médico especialista, pueden presentarse efectos indeseables serios o graves en una proporción menor al 1%, como son: hemorragia digestiva, perforación de víscera hueca, infección, bronco aspiración, hipotensión, excepcionalmente podrían suceder arritmias cardiacas, paro cardio-respiratorio, sub luxación maxilar (que pueden ser graves y requerir tratamiento quirúrgico o el cual corresponda), accidente cerebro vascular y muerte, Además del riesgo de infección por COVID 19 a pesar de todos los cuidados implementados y protocolos de lavado y desinfección de alta calidad de nuestros equipos.**
3. El procedimiento se realiza, con un **ayuno previo de 8 horas**, habitualmente, con el paciente acostado sobre su lado izquierdo, y tras la introducción oral del **endoscopio sometido previamente a desinfección de alta calidad** (a través de un protector bucal), se visualiza el balón, se punciona, succiona el contenido y se extrae en su totalidad, luego con una pinza recuperadora se saca el balón desinsuflado. En el mismo acto, si el especialista lo considera necesario, puede tomarse muestras de tejido (biopsias) para estudio.
4. Previa a la realización de este procedimiento, se me ha indicado claramente, he comprendido y cumplido la preparación recomendada, pudiendo resolver las dudas que tenía en torno a toda la información suministrada, indicándome la necesidad de avisar posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades o cirugías cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier circunstancia, como la posibilidad de estar embarazada y consumo de sustancias toxicas, cirugías digestivas u otros.

De acuerdo a lo antes anotado, juro que toda la información consignada en mis antecedentes personales es veraz y no he omitido ningún dato que pueda poner en riesgo el acto médico, por lo cual **DOY MI CONSENTIMIENTO**

GASTRODIAGNÓSTICOS IPS S.A.S



EN FORMA COMPLETA Y AUTORIZO al Dr. _____, para que se me realice el procedimiento: **RETIRO DE BALON INTRAGÁSTRICO**, debido a que he comprendido completamente toda la información y me siento satisfecho (a) con todas las explicaciones, recomendaciones y riesgos con respecto a la realización de este procedimiento incluyendo **la sedación por mi persona aceptada y autorizada**, en un lenguaje claro y sencillo por parte del médico, quien además me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado. También autorizo se pueda llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos adicionales justificados y en mi beneficio según su criterio a los ya autorizados en este consentimiento, si fuese necesario durante mi intervención. (Polipectomias, control de sangrados, extracción de cuerpos extraños, etc.)

1. **Acepto PROCEDIMIENTO:** SI () NO ()

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

TAMBIÉN COMPRENDO QUE EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE RETIRO DE BALON INTRAGÁSTRICO O RECIBIR SEDACIÓN DURANTE EL MISMO.

2. DESESTIMIENTO

Voluntariamente **RECHAZO** la realización de **RETIRO DE BALON INTRAGÁSTRICO** a realizar por el DR. _____, a pesar de haberme explicado la necesidad de la realización de la misma y sobre todo los beneficios de esta, por lo cual **asumo toda responsabilidad** de mis decisiones y exonero de al especialista en mención y a su grupo de trabajo.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE