



BALON INTRAGASTRICO

IMPRESO DE INFORMACION AL PACIENTE, AUTORIZACION DEL ACTO MÉDICO Y ASUNCIÓN DE RIESGOS Y SECUELAS IMPLÍCITAS

D. _____, mayor de edad y con domicilio en calle _____ y con DNI nº _____ por medio del presente escrito,

MANIFIESTA

PRIMERO.- que le ha sido explicado en un lenguaje comprensible, exhaustivamente y de forma detallada por el Dr. _____, la técnica de implante de balón intragástrico, que se realizará bajo anestesia general o sedación, con el fin único de perder peso, siendo actualmente este de _____ Kg. Que así mismo, el balón por sí sólo no consigue la pérdida de peso, y que esta únicamente dependerá de las calorías consumidas y de la dieta que realice el paciente.

SEGUNDO.- autoriza libre y conscientemente a que se realice el acto médico consistente en el implante del balón intragástrico por vía endoscópica por un periodo máximo de seis meses, así como las ampliaciones o modificaciones que en el transcurso de la realización del referido acto médico, puedan plantearse y sea imposible una nueva autorización por el enfermo: Nombre:

TERCERO.- que así mismo, le han sido extensamente explicados y ha entendido y asume los riesgos: alergia o hipersensibilidad a algún producto utilizado en la anestesia como en el implante. Riesgos propios de una anestesia general: lesiones en la boca, garganta, tráquea, aspiraciones bronquiales, etc. Lesiones de las paredes del tubo digestivo, ya sea por contacto directo de los instrumentos para la colocación, por el mismo balón, o como resultado del aumento de producción de ácido por parte del estómago. Posibles consecuencias son la formación de úlceras, dolores, hemorragias, y perforaciones, que podrían exigir una intervención quirúrgica. Dentro de estos problemas las complicaciones más frecuentes son: náuseas y vómitos que pueden llegar a ser intensos los primeros días y que pueden precisar en algún momento un ingreso para rehidratación y tratamiento intravenoso. Dolor de estómago y diarreas que podrían obligar al explante antes de tiempo. El crecimiento bacteriano dentro del balón podría causar una gastroenteritis en el momento de su extracción. La rotura espontánea o desinflado del balón puede provocar el paso de este por el intestino y su eliminación con las heces, pero también podría producir una obstrucción intestinal que obligaría a una intervención quirúrgica. El balón intragástrico es incompatible con la gestación, por lo que en caso de embarazo deberá extraerse lo antes posible.

CUARTO.- que D/D^a _____ se compromete a seguir las instrucciones dietéticas y nutricionales necesarias para la correcta pérdida de peso, así como a acudir a retirar el balón cuando el Dr. le indique y como máximo a los seis-siete meses de su implante, eximiendo de toda responsabilidad al equipo médico en caso de no hacerlo.

QUINTO.- que tras la correcta comprensión de los puntos anteriores, estando en pleno uso de sus facultades mentales psíquicas e intelectuales, y de una forma libre y consciente, asume los riesgos y complicaciones probables, que implícitamente la actuación médico-sanitaria lleva aparejados.

SEXTO.- que la presente autorización de acto médico puede ser revocada en cualquier momento del tratamiento, debiendo ser comunicada tal revocación de forma fehaciente al facultativo o equipo médico actuante.

Y para que así conste, a los efectos antes descritos y reconociendo resueltas todas sus dudas, firma el presente documento en Madrid, a

Fdo: D/D^a

Fdo: Dr.
Nº Colegiado