

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RETIRADA DE BALÓN
INTRAGÁSTRICO

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 extracción de balón intragástrico, que se realizará bajo anestesia general o sedación.

SEGUNDO.- 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 extracción, 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. El crecimiento bacteriano dentro del balón podría causar una gastroenteritis en el momento de su extracción.

TERCERO.- que tras la correcta compresión 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 (expuestas en el punto segundo de este consentimiento), que implícitamente la actuación médico-sanitaria lleva aparejados.

CUARTO.- 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