



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RETIRADA Y/O CAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMIA

INFORMACION PARA EL PACIENTE:

La retirada de la sonda es un procedimiento que tiene algunos riesgos, aunque extremadamente infrecuentes, que usted debe conocer:

1. **Rotura de la sonda:** Es necesario tirar de la sonda para extraerla del estómago y durante la tracción puede romperse. En este caso puede ser necesario realizar una gastroscopia para extraer el fragmento de la sonda que quedo dentro del estómago.
Si dicho fragmento no se pudiera extraer endoscópicamente, se podría optar por empujar la sonda dentro del estómago para que se expulse por las heces. Ello extraña el riesgo de que la porción gástrica de la sonda produzca obstrucción de la salida del estómago o del intestino.
2. **Hemorragia:** La extracción de la sonda puede producir desgarros de la pared del estómago y del abdomen que pueden conllevar el riesgo de sangrado. Aunque éste suele cesar espontáneamente, el paciente podría requerir ingreso hospitalario, transfusión de hemoderivados y otras medidas terapéuticas.
3. **Fugas de contenido gástrico:** La extracción de la sonda puede dejar un orificio de entrada en el estómago más grande que el inicial y a través de dicho orificio, puede salir contenido gástrico. Generalmente, esto puede solucionar utilizando una sonda más gruesa. Si esto no fuera posible, se suturará parcialmente el orificio de entrada en el estómago.

A estas posibles complicaciones, hay que añadir las inherentes a la sedación.

ATENCIÓN:

No se realizará ningún procedimiento sino esta correctamente cumplimentado este impreso, firmado el Consentimiento Informado por el paciente y la petición por el facultativo solicitante.

Tampoco se llevara a cabo ninguna sedación sino se aporta el Consentimiento Informado que se adjunta, o si éste no está completamente cumplimentado y firmado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, D./D^a.....
como paciente , o D/D^a
como su representante legal, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A, en virtud de los derechos que marca la LEY GENERAL DE SANIDAD, y, en consecuencia autorizo al Dr./Dra./es para que me sea realizado el cambio de sonda de gastrostomía. Se me ha explicado y he comprendido los posibles riesgos del procedimiento.
He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr./Dra..... que se ocupa del tratamiento de mi padecimiento. Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado (beneficios, riesgos y alternativas), y por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se practique el procedimiento solicitado. También entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento, antes o durante la realización del procedimiento sin que por ello se menoscabe la atención medica prestada.
Y, para que conste, firmo el presente Consentimiento Informado, después de leído.

En Madrid, a ____ de _____ de 20__

FIRMA (paciente representante legal)

DNI

FIRMA del Medico Realizador

Nº col: