

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al/la Dr./Dra. _____ y a su equipo quirúrgico a llevar a cabo la intervención quirúrgica referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.
- 2) Se me han explicado que la obesidad se define como un exceso de grasa corporal que generalmente se acompaña por un excesivo incremento del peso del cuerpo. Es una enfermedad crónica originada por diversas causas, que puede acarrear numerosas complicaciones, y que se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor a 25 unidades.
- 3) Se me han explicado los alcances y objetivos de la intervención. Se me ha informado que mediante la cirugía se intenta disminuir el volumen de alimento que el organismo precisa para encontrarse satisfecho, o provocar la disminución en la absorción de nutrientes, o ambos objetivos en forma simultánea; ello ya sea mediante la reducción de la capacidad del estómago, o bien a través de un bypass que permite desviar el alimento directamente del estómago al yeyuno, o la combinación de ambas técnicas. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento originalmente previsto como consecuencia de los hallazgos intraoperatorios, con el objeto de proporcionar el tratamiento más adecuado al caso.
- 4) Me han informado que los riesgos y complicaciones que pueden originarse como consecuencia de la cirugía indicada son las propias de toda intervención quirúrgica y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: complicaciones o eventos adversos más frecuentes: infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, alteraciones digestivas transitorias, retención aguda de orina, derrame pleural, dolor prolongado en la zona de la operación. Dolor en los hombros (Homalgia). Complicaciones o eventos adversos menos frecuentes: infección o sangrado intraabdominal, fístulas intestinales y/o gástricas por decúbito o por falla en la unión anastomótica, filtración o falla en la cicatrización de las suturas, colecciones intraabdominales hemáticas o de líquidos intestinales, alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos, déficit nutricional, pérdida excesiva de peso, estrechez de las anastomosis, falla del procedimiento con no reducción del peso. Las complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento no quirúrgico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.
- 5) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica, y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización continuaré padeciendo la enfermedad, y con ello riesgo de sufrir las complicaciones propias de la misma, tales como, entre otras, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, infarto agudo de miocardio, insuficiencia respiratoria, dificultad en la deambulación. Asimismo, se me ha explicitado que en mi caso ya no existe alternativa terapéutica para el tratamiento de la enfermedad, toda vez que con anterioridad mi obesidad ha sido tratada mediante métodos convencionales para bajar de peso o

mantener su descenso (dieta, medicamentos, gimnasia, etc.), sin que a la fecha haya logrado dicho objetivo.

- 6) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
- 7) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.
- 8) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 9) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/NO)** es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 10) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 11) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 12) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____