



**SANATORIO MODELO S.A.**

25 de Mayo 559 / 61  
Tel. (0381) 4301305 / 4302005  
(4000) S. M. de Tucumán

# Documento de Información y Consentimiento

Nombre del paciente.....

Nombre de los familiares / terceros.....

Nombre del médico tratante.....

## SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos que se me realizarán. También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información. (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie)

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico tratamiento o intervención siguiente: **Gastrostomía Endoscópica Percutánea**

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr.:-----

A continuación se brinda información con relación a mi dolencia(s) y sobre la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo los riesgos específicos.

La **Gastrostomía** consiste en la colocación de un tubo especialmente diseñado, que comunica el estómago con el exterior de la pared abdominal. Se usa para el soporte nutricional de pacientes con enfermedades reversibles y que tienen potencialmente capacidad de recuperarse.

Además para paciente con enfermedades incurables pero que pueden prolongar su sobrevida con una razonable calidad de vida.

**Los Riesgos específicos o complicaciones** de este procedimiento pueden presentarse en un 6 a 10% de los casos y pueden ser:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Peritonitis              | <input type="checkbox"/> Absceso de la pared abdominal.  |
| <input type="checkbox"/> Aspiración con neumonía. | <input type="checkbox"/> Fístula gastrocólica. (trayecto que comunica el estómago con el intestino grueso) |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias              | <input type="checkbox"/> Fascitis Necrotizante (infección de piel-tejidos)                                 |
| <input type="checkbox"/> Migraciones del tubo     |  |

Si paciente presenta distensión o dolor abdominal y fiebre después del alta, deberá concurrir rápidamente al servicio de emergencias del Hospital Italiano.

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros especialistas, asistentes



**SANATORIO MODELO S.A.**

25 de Mayo 559 / 61  
Tel. (0381 ) 4301305 / 4302005  
(4000) S. M. de Tucumán

## Documento de Información y Consentimiento

y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha:.....

Firma del paciente.....Negativa de recibir información. Firma.....

Firma de familiares o allegados.....Negativa de recibir información. Firma.....

Firma del médico.....