	DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Número de documento: HD-FR-733 Fecha de publicación: 03.11.2023 Número de revisión: 00 Fecha de revisión: Número de página:1/3
	INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGÍA DE EXTRACCIÓN DE LA BANDA GÁSTRICA	

Nombre-Apellido del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Número de protocolo:

Fecha/Hora:

INFORMACIONES GENERALES

En la cirugía de gastroplastia con banda vertical, o por su nombre coloquial conocido como método de grapado del estómago, se coloca una banda hecha de silicona alrededor del estómago desde aproximadamente 20 mm por debajo de la unión del esófago con la médula. La pared interior de la banda es como un globo longitudinal o un neumático de bicicleta. Este globo está conectado a un puerto en Dunderthesk mediante un tubo delgado. La banda se desinfla durante la cirugía, pero se infla gradualmente con inyecciones de suero desde el puerto debajo de la piel después de aproximadamente 1 mes. De esta manera, el tamaño del tránsito gástrico se puede modificar mediante una simple intervención después de la cirugía. En cirugía, primero, se abre la cápsula del tejido conectivo que rodea la banda, los puntos que unen la banda al estómago, si los hay, se cortan y se retiran de alrededor del estómago, el puerto debajo de la piel se retira ingresando a través del La misma incisión que el procedimiento laparoscópico en la mayoría de los casos después de su finalización.

Beneficios esperados del procedimiento:

Su médico le informará sobre los beneficios esperados del procedimiento.

Consecuencias que se pueden encontrar si no se realiza la operación:

Sus quejas actuales continuarán.

Alternativas al procedimiento, si las hubiera:


- No se realiza ninguna extirpación ni reducción de ninguna parte del estómago.
- Se puede realizar laparoscopia
- Puede revertirse completamente si es necesario.
- Es un método ajustable.

Riesgos y complicaciones del procedimiento:

Complicaciones generales:

- Algunas áreas de los pulmones pueden cerrarse. Y esto aumenta el riesgo de infección pulmonar. Es posible que se necesiten tratamientos respiratorios y antibióticos.
- Pueden aparecer coágulos en las venas de las piernas, acompañados de dolor e hinchazón. Un trozo de este coágulo puede desprenderse y llegar a los pulmones y puede ser mortal, pero esto es poco común.
- Puede ocurrir un ataque cardíaco o un derrame cerebral debido a una sobrecarga en el corazón.
- Pueden ocurrir muertes relacionadas con la cirugía.
- Existe riesgo de trombosis (formación de coágulos intravasculares) debido a heridas e infecciones pulmonares.

Los pacientes obesos y/o fumadores tienen un mayor riesgo de sufrir infecciones pulmonares y de heridas, complicaciones cardíacas y pulmonares y trombosis.

	DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Número de documento: HD-FR-733 Fecha de publicación: 03.11.2023 Número de revisión: 00 Fecha de revisión: Número de página:2/3
	INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGÍA DE EXTRACCIÓN DE LA BANDA GÁSTRICA	

Complicaciones del procedimiento:

- No se realiza ninguna extirpación ni reducción de ninguna parte del estómago.
- Puede realizarse por vía laparoscópica.
- Puede revertirse completamente si es necesario.
- Es un método ajustable.

Tiempo estimado del procedimiento:

El tiempo estimado del procedimiento es de 1 hora.

Posibles efectos nocivos de los medicamentos a utilizar y puntos a considerar:

Utilice los medicamentos recomendados por su médico de acuerdo con las instrucciones de uso. Su médico le informará sobre los posibles efectos nocivos de los medicamentos y qué considerar.

Consideraciones a las que el paciente debe prestar atención antes y después del procedimiento:

Su médico le informará sobre los puntos a los que debe prestar atención antes y después del procedimiento.

Problemas que pueden ocurrir si el paciente no presta atención a las cuestiones que se deben seguir:

Su médico le informará sobre los problemas que puede enfrentar si no presta atención a las consideraciones que se deben seguir.

Cómo obtener ayuda médica sobre el mismo problema si es necesario:

No aceptar el tratamiento/cirugía es una decisión que usted tomará por su propia voluntad. Puedes volver a presentar tu solicitud personalmente en nuestros hospitales/hospitales que puedan realizar el tratamiento/cirugía en cuestión si cambias de opinión. Número de teléfono: 0282 726 05 55

Investigación médica: Doy mi consentimiento para la revisión de información clínica de mi expediente médico para el avance de los estudios médicos, la investigación médica y la educación médica, siempre que se cumplan las reglas de confidencialidad del paciente contenidas en el reglamento de derechos del paciente. Doy mi consentimiento para que los resultados de la investigación se publiquen en la literatura médica, siempre que proteja la confidencialidad del paciente. Entiendo que puedo negarme a participar en dicho estudio y que este rechazo no afectará negativamente mi tratamiento.

Informaciones personales

.....

.....

Medicamentos utilizados:

Tiempo de sangrado:

Alergia:


Otras Enfermedades:

Nombre y Apellidos del Paciente:.....Firma:..... Fecha/Hora:.....

Nombre del Médico Apellido:.....Firma:.....Fecha/Hora:.....

Fotografía / Espectadores:

Doy mi consentimiento para la fotografía o grabación de video del procedimiento, incluidas partes apropiadas de mi cuerpo, para fines científicos, médicos o educativos, siempre que las imágenes no revelen

	DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Número de documento: HD-FR-733 Fecha de publicación: 03.11.2023 Número de revisión: 00 Fecha de revisión: Número de página:3/3
	INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGÍA DE EXTRACCIÓN DE LA BANDA GÁSTRICA	

mi identidad. También apoyo la admisión de observadores calificados al quirófano durante la cirugía con el fin de mejorar la educación médica. He leído y comprendido el contenido del formulario de consentimiento informado. Todos los espacios en blanco de este formulario se completaron antes de que lo firmara e hiciera una copia.

Consentimiento informado:

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y no se pueden dar garantías en cuanto al resultado o tratamiento. En el documento de consentimiento y en la reunión con los médicos recibí información detallada sobre mi condición, el procedimiento y riesgos a aplicar, y opciones de tratamiento. Declaramos que somos conscientes de nuestra responsabilidad al respecto y que aceptamos y aprobamos la operación sin ningún tipo de violencia, sugerencia, presión material o moral.

Radiografía, escopia, ecografía, gammagrafía, tomografía computarizada, resonancia magnética, etc. durante las intervenciones. que puede ser necesario el uso de dispositivos médicos; Sé que puedo estar expuesto a rayos que pueden causar efectos adversos en mi salud debido a algunos de estos dispositivos/aplicaciones, apruebo el uso de estos dispositivos médicos si es necesario

Sé que muy raramente puede surgir durante el proceso una situación diferente, que no se haya vivido antes, y, en este caso, doy permiso y aprobación al equipo que ejecutará el proceso para que tome las iniciativas que considere oportunas.

Firmo este formulario a sabiendas, sin ninguna explicación adicional, sin ninguna presión.

Nombre del paciente Apellido:

Fecha/Hora:

Firma:

o

Responsable del paciente/ reciente

Fecha/Hora:

Nombre Apellido:

Firma:

(Proximidad.....)

Se dieron explicaciones suficientes y satisfactorias al paciente/familiar del paciente cuyo nombre está escrito arriba, sobre la enfermedad, la intervención a realizar, el motivo y beneficios de esta intervención, los cuidados requeridos después de la intervención, los riesgos esperados, el tipo de anestesia a aplicar para la intervención, en caso de ser necesario, y los riesgos y complicaciones de la anestesia. El paciente/familiar del paciente leyó y firmó este formulario con su propio consentimiento, confirmando que fue suficientemente informado para su registro.

Nombre del médico Apellido:

Fecha/Hora:

Firma: