

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo, con diagnóstico de, habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos la patología diagnosticada, los riesgos de la misma, los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a**, y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención conocida como, que se realizará en

2. Se me han explicado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

A) OBESIDAD. Se define a la obesidad 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.

B) ALCANCES Y OBJETIVOS: 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 by pass 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.

C) 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 descritas 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 mas 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 nutricionales, 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.

3. 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, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

4. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.

5. 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 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o 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.

6. 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.

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 a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

9. 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. Manifiesto ser alérgico a:.....-

10. 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 de la salud, 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.

11. 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.

12. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente:

Aclaración:.....

Documento:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

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

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: