

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-14

Resección Gástrica

Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende extirpar la parte del estómago enfermo que produce los síntomas. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

CARACTERÍSTICAS DE LA RESECCIÓN GÁSTRICA (En qué consiste)

Mediante una incisión en el abdomen va a quitar una parte o todo el estómago según su grado de afectación. Posteriormente se reconstruirá la continuidad del tubo digestivo mediante sutura del estómago residual con un asa de intestino delgado. El médico me ha advertido que en algunos casos la resección del estómago se acompaña de extirpación de otros órganos abdominales como el bazo o la cola del páncreas. También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios, con el fin de proporcionarme en tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DE LA RESECCIÓN GÁSTRICA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse complicaciones o efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica; flebitis; retraso en la recuperación de la motilidad intestinal; vómitos; dolor operatorio prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: Sangrado intraabdominal, fístula por falla en la cicatrización de la sutura Intestinal que puede producir una infección intraabdominal, sepsis, estenosis post operatoria, alteraciones del estado nutricional que se corrigen habitualmente con suplementos dietéticos. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El médico me ha explicado que en mi caso no existe una buena alternativa terapéutica para mi enfermedad. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-14

Resección Gástrica

Rev.04

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Resección Gástrica**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Resección Gástrica**.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Resección Gástrica** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCAACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)