



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PREVIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO GASTROSTOMIA Y GASTROYEYUNOSTOMIA PERCUTÁNEAS

Identificación del paciente

Nº Historia: DNI:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: F. Nacimiento:

Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.** Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE GASTROSTOMÍA Y GASTROYEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA

Se pone de manifiesto que el Dr./a: _____ de Servicio de RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA me ha informado y explicado el procedimiento y/o intervención al que voy a ser sometido y que se resume en:

La gastrostomía percutánea consiste en colocarle un tubo desde la piel al estómago, para su alimentación. Normalmente se realiza con sedación y requiere que ingrese en el hospital durante al menos 24 horas.

La intervención dura aproximadamente 60 minutos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas a esta intervención sería colocarle el tubo desde la piel del abdomen al estómago mediante una intervención quirúrgica o endoscópica, o bien introducirle un tubo flexible (sonda) desde la nariz hasta su estómago para facilitarle la alimentación.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica que estamos utilizando:

- Dolor abdominal, malestar y fiebre, son poco importantes resolviéndose en 1 ó 2 días.
- Acumulación de sangre en la pared abdominal (hematoma). Normalmente se produce una hemorragia pequeña, pero si fuera severa requeriría transfusión de sangre.
- Salida del contenido del estómago a la cavidad abdominal (peritonitis) que puede requerir tratamiento quirúrgico o drenaje percutáneo.
- Infecciones, son bastante raras, las más frecuentes son las de la piel que responden con tratamiento local.
- Infección del pulmón, por paso del contenido del estómago al pulmón (neumonía por aspiración).
- Es muy raro que la realización de esta intervención produzca la muerte.

Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento

- Un ligero incremento del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas maneras, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se emplearán todos los medios para solucionarlo.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina®, plavix®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte al a coagulación de la sangre.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de gastrostomía/gastroeyunostomía percutánea y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D. /D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y () deseo () no deseo proseguir el tratamiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____