

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT COL·LOCACIÓ D'UNA SONDA DE GASTROSTOMIA PERCUTÀNIA ENDOSCÒPICA (PEG)

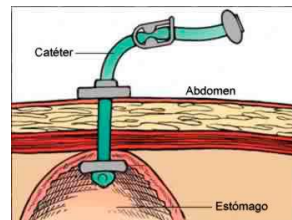
..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

..... de anys,
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a i DNI núm.
en qualitat dede
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

DECLARO

Que el doctor/am'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és necessari i convenient ,en la meua situació ,sotmetre'm al procediment quirúrgic de gastrostomia
percutània, assistit per endoscòpia.

1. La gastrostomia percutània es un procediment quirúrgic, assistit per endoscòpia ,que es realitza als pacients que no poden alimentar-se de manera adequada per boca, normalment per alguna patologia associada greu (malalties neurodegeneratives, malformacions del tub digestiu alt, tumors orofaríngeus, complicacions post cirurgies esofàgiques,etc...)
Per es realitza una petita incisió a la pell de la paret abdominal per on s'inserta una sonda a l'estomac, sota control endoscopi directe.



En aquest procediment s'utilitzen sedants per via endovenosa, anestèsia local i antibiòtics per a prevenció d'infeccions. Habitualment es pot fer en règim ambulatori, però pot requerir 24 h d'ingrés. En qualsevol cas a les 24 h cal fer un control per personal sanitari.

2. Objectius: Facilitar una via d'alimentació enteral directa al tub digestiu per un temps perllongat.

3. Les cures posteriors de la sonda són molt importants pel bon funcionament i durabilitat de la mateixa. La majoria de complicacions possibles són menors i de fàcil resolució: irritacions de la pell, infecció al voltant de la sonda, sagnat lleu de la ferida.

Una complicació greu és la sortida accidental de la sonda en els primers 10 dies, quan encara no hi ha una cicatriu forta que aguantí bé el trajecte de la sonda entre l'estómac i la paret abdominal. Aquesta complicació pot requerir àdhuc una intervenció urgent.

Com tots els procediments endoscòpics, especialment si són intervencionistes, es poden presentar complicacions potencialment greus: perforació de l'esòfag, estómac o budell, hemorràgies, aspiració de contingut gàstric i complicacions derivades dels medicaments usats durant el procediment. Aquestes complicacions són poc freqüents però poden requerir una intervenció quirúrgica urgent, i àdhuc causar mortalitat, especialment en pacients que ja presenten una situació patològica de base greu.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meua situació actual poden sorgir.

Si en el moment de l'acte quirúrgic sorgís algun imprevist, l'equip mèdic podria variar la tècnica quirúrgica programada. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meua identitat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meues dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospilot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que em sigui practicat el tractament quirúrgic d'una GASTROSTOMIA ENDOSCÒPICA PERCUTÀNIA.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de..... de 20....

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meva situació és convenient una, que té per objecte

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de..... de 20....