



Alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos. Déficits nutricionales. Excesiva pérdida de peso o, por el contrario, fallo del procedimiento con escasa pérdida de peso. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

**RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:**

**CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA**

Como consecuencia del éxito de la intervención y de la pérdida de peso, pueden aparecer pliegues o colgajos cutáneos que en algunas ocasiones desaparecen con el tiempo, pero que en la mayoría de los casos requieren intervenciones para su resolución.

Se que la técnica elegida conlleva una serie de consecuencias que conozco y acepto, y que implicarán cambios, a veces definitivos, en mi estilo de vida, como son:

- Modificaciones permanentes en mis hábitos alimentarios, como por ejemplo, comer pocas cantidades, no picar continuamente, o no beber líquidos hipercalóricos entre otras.
- Control periódico de mi situación nutricional por parte del endocrinólogo, recibiendo los aportes vitamínicos o minerales que se me prescriban, así como la medicación que necesite.
- Acudir a las consultas de seguimiento periódico que se me indiquen.
- En el caso de ser mujer en edad fértil, es aconsejable no quedarse embarazada en los dos años siguientes a la intervención, debido a que la situación de malnutrición que se produce podría ser perjudicial para el desarrollo del feto.

Además, y en relación con el tipo especial de técnica que se me va a realizar, puedo tener las siguientes consecuencias relevantes:     .....

**¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?**

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

D./D<sup>a</sup>..... Con DNI.....

DECLARO:

- Que he sido informado/a con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA OBESIDAD)** que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación y sin que ello derive en un deterioro de la calidad asistencial recibida, puedo REVOCAR el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa:

Firma del paciente:

Dr/a:.....

D./D<sup>a</sup>.....

Colegiado nº.....

Fecha:.....

D./D<sup>a</sup>..... con DNI....., en calidad de ..... a causa de..... doy mi CONSENTIMIENTO a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante (si procede)

Fecha:.....

**REVOCACION/DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

D./D<sup>a</sup>..... con DNI.....

**REVOCO/DENIEGO (táchese lo que no preceda)** el consentimiento para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco/que padece el paciente.

Firma médico:

Firma del paciente/Representante:

Firma testigo:

Nº colegiado:.....

Fecha: .....