

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ALIMENTACIÓN A TRAVÉS DE UNA SONDA NASOGÁSTRICA ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Consiste en la administración de la alimentación directamente al estómago a través de una sonda introducida por la nariz. Esta sonda atraviesa las fosas nasales, la faringe y el esófago hasta llegar al estómago.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Desnutrición o evitaremos que aparezca

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La administración de alimentación mediante sonda naso-yeyunal, de gastrostomía, de gastro-yeyunostomía, de yeyunostomía o nutrición por vía parenteral. Si usted no desea ser alimentado por este procedimiento, puede ser simplemente hidratado por vía enteral, venosa o subcutánea o no ser alimentado ni hidratado.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejorar su estado nutricional.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de este procedimiento provocará una situación de desnutrición con graves consecuencias en función de su intensidad, pudiendo poner en peligro la vida del paciente.

RIESGOS FRECUENTES

Lesiones por presión en algún punto del trayecto de la sonda (nariz, faringe, esófago y estómago), obstrucción de la sonda, salida o desplazamiento de la sonda, obstrucción intestinal, regurgitación del preparado nutricional, paso del preparado nutricional a vías respiratorias, náuseas, vómitos o diarreas relacionadas con la administración del preparado nutricional.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES
CONTRAINDICACIONES

Imposibilidad de utilizar el tracto digestivo para alimentación.

PACIENTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA