

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE TRASTOR PSIQUIATRICO

- 1.- He recibido la información dada por el Dr. D..... sobre la **OPERACIÓN**para **TRATAMIENTO de Trastorno Obsesivo Compulsivo**.
- 2.- He estado en tratamiento psiquiátrico de esta enfermedad desde hace al menos _____ años, sin haber logrado una mejoría suficiente para hacer una vida normal.
- 3.- Los especialistas me han explicado que en algunos pacientes con una enfermedad mental como la mía, ciertos síntomas pueden mejorar con una operación cerebral. El tratamiento quirúrgico se propone sólo cuando han fracasado todos los demás tratamientos psiquiátricos. Los estudios para llegar a esta decisión y conocer las posibilidades de mejoría en cada enfermo son difíciles, laboriosos y sin las garantías que ofrecen otros tratamientos. Esto se debe a que no se conocen bien los mecanismos biológicos de las enfermedades mentales. Por ello resulta difícil predecir con seguridad los sistemas y circuitos neurofisiológicos que intervienen en los síntomas de un determinado enfermo y en qué medida lo hacen en cada uno de ellos.
- 4.- Entiendo que la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y que no se puede garantizar el resultado.
- 5.- He comprendido que en mi caso se cumplen los criterios de indicación operatoria para mi enfermedad, que se citan al dorso.
- 6.- También he comprendido en qué consiste este tipo de operaciones y he aceptado los posibles riesgos y consecuencias que puede tener. Unos son comunes a cualquier operación sobre el cerebro, y otros son más específicos en Psicocirugía, según se describe al dorso de este documento, que también firmo.
- 7.- Acepto la aplicación del tipo de anestesia necesario para dicha intervención y, en caso de surgir circunstancias inesperadas durante o tras la intervención, autorizo a que se tomen las medidas o procedimientos médicos y quirúrgicos que se consideren convenientes, aunque sean nuevos y distintos a los planteados inicialmente.
- 8.- Se me ha explicado, y acepto, que el tratamiento quirúrgico de mi enfermedad puede requerir más de una operación, según la respuesta a la primera, con el fin de aumentar las posibilidades de éxito y disminuir el riesgo de efectos secundarios.
- 9.- He comprendido que en unos casos la cirugía puede suprimir los síntomas más importantes de mi enfermedad, pero en otros no se logra, o solo se consigue parcialmente, y es necesario continuar con tratamiento psiquiátrico.
- 10.-También he comprendido que, aún cuando el tratamiento operatorio logre mejorar los síntomas de mi enfermedad, necesitaré tiempo y ayuda especializada para readaptarme personal y socialmente a la nueva situación, y que este proceso será mas o menos laborioso y prolongado, en función de mis capacidades personales, de la duración de la enfermedad y de las circunstancias de mi entorno familiar y social.
- 11.- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, y el médico ha contestado satisfactoriamente a las dudas y observaciones que le he planteado. He leído y comprendido los párrafos precedentes y la descripción de complicaciones que se enumeran al dorso. Algunas de las entrevistas que he tenido con el médico han sido grabadas en audio y en video.
- 12.- Reservo mi derecho para poder revocar, en cualquier momento, esta autorización si lo considero oportuno.

(1) Paciente D. DNI:

(2) D.....Parentesco..... DNI:

(3) Dr. D.

Certifico que el paciente, o la persona autorizada a actuar en su nombre, ha leído conmigo este documento y ha sido informado, de forma comprensible, de la naturaleza del tratamiento quirúrgico, de sus riesgos y de otras alternativas terapéuticas y que ha autorizado dicho tratamiento.

Madrid,

(1) (2)

(3)