### FORMULAR DE INFORMARE ȘI CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

**Pentru procedura endoscopică de introducere a balonului intragastric**

**Unitatea medicală:** ..................................................
**Numele pacientului:** ..................................................
**CNP:** ..................................................
**Medicul curant:** ..................................................
**Specialitatea:** Gastroenterologie / Chirurgie generală
**Data programării procedurii:** ..................................................

#### I. DESCRIEREA PROCEDURII

Procedura presupune **introducerea endoscopică a unui balon intragastric**, în scop terapeutic, ca **metodă adjuvantă de scădere ponderală** la pacienții cu **indice de masă corporală (IMC) între 30–35 kg/m²**, care nu au obținut rezultate cu alte metode de slăbit. Aceasta se efectuează **minim invaziv, prin endoscopie digestivă superioară**, cu **sedare profundă de tip Sinescu** (sedare intravenoasă cu pierderea conștienței, dar fără intubație orotraheală de rutină) efectuată sub supraveghere anestezică specializată.

Balonul gastric este umplut cu ser fiziologic steril (posibil și cu albastru de metilen pentru detectarea scurgerilor), având rolul de a reduce volumul gastric și a induce o stare de sațietate precoce.

Durata montării este de aproximativ **20–30 de minute**.

#### II. BENEFICII PRECONIZATE

* Reducerea greutății corporale
* Îmbunătățirea profilului metabolic (glicemie, dislipidemie, tensiune arterială)
* Scăderea riscurilor asociate obezității (cardiovasculare, ortopedice, gastrointestinale etc.)
* Creșterea calității vieții

#### III. RISCURI ȘI COMPLICAȚII POSIBILE

**Complicații legate de procedura endoscopică:**

* Greață, vărsături persistente
* Hemoragie digestivă
* Leziuni esofagiene sau gastrice (perforație rară)
* Ulcerații gastrice
* Reflux gastroesofagian sever

**Complicații legate de balonul gastric:**

* Intoleranță severă la balon (dureri, plenitudine, greață)
* Deflație/ruptură cu migrare în intestin (risc de obstrucție)
* Sindrom de dumping precoce sau tardiv
* Eșecul scăderii ponderale

**Complicații legate de sedarea profundă:**

* Reacții adverse la medicația utilizată (alergii, scădere tensională, aritmii)
* Depresie respiratorie, aspirație pulmonară
* Necesitatea conversiei la anestezie generală cu intubație

#### IV. CONDIȚII PREMERGĂTOARE

* Regim alimentar lichidian cu **72 de ore înaintea procedurii**
* Evaluare preanestezică obligatorie
* Informarea cu privire la contraindicații: tulburări severe de motilitate gastrointestinală, ulcer activ, hernie hiatală mare, apnee în somn, insuficiență cardiacă/respiratorie severă, diabet dezechilibrat etc.

#### V. INDICAȚII POST-PROCEDURĂ

* Alimentație lichidă pentru 48–72 de ore
* Mese frecvente, în cantități mici, mestecate îndelung
* Evitarea băuturilor carbogazoase și a lichidelor în timpul mesei
* Repaus alimentar cu cel puțin 3 ore înainte de culcare
* Activitate fizică progresivă, în limita toleranței

#### VI. DREPTURI ȘI ALEGERI

☐ Confirm că am înțeles scopul, natura și riscurile procedurii.
☐ Am avut ocazia să adresez întrebări și am primit răspunsuri clare.
☐ Înțeleg că succesul metodei depinde de implicarea mea activă.
☐ Îmi exprim consimțământul liber și informat pentru efectuarea procedurii.
☐ Înțeleg că pot revoca consimțământul în orice moment.

#### VII. CONSIMȚĂMÂNTUL PACIENTULUI

Subsemnatul/a ..........................................................,
CNP ..........................................,
declar că am primit informații suficiente, într-un limbaj clar, despre procedura de **introducere a balonului intragastric**, inclusiv riscuri, beneficii, alternative și evoluție postprocedurală. Am avut ocazia să pun întrebări și declar că am înțeles și îmi asum procedura propusă.

✅ Îmi exprim **consimțământul informat** pentru efectuarea acestei proceduri medicale.

📍 Data: .....................................
✍ Semnătura pacientului: .....................................

#### VIII. CONSIMȚĂMÂNTUL PENTRU SEDARE PROFUNDĂ

De asemenea, îmi exprim consimțământul pentru **sedare profundă (Sinescu)**, fiind informat asupra riscurilor și alternativelor disponibile. Am fost informat că în caz de necesitate, echipa medicală poate decide modificarea tipului de anestezie în interesul meu terapeutic.

📍 Data: .....................................
✍ Semnătura pacientului: .....................................

#### IX. SEMNĂTURA MEDICULUI

Confirm că am discutat cu pacientul/pacienta, că a înțeles implicațiile procedurii și că a exprimat consimțământul informat.

📍 Nume medic: .....................................
📍 Semnătură medic: .....................................
📍 Data: .....................................

**Nume pacient:** .....................................................
**CNP:** ..............................................................
**Semnătura pacientului:** ...........................................
**Data:** ......... / ......... / ..........

**Nume medic:** .....................................................
**Semnătura medicului:** ...........................................
**Data:** ......... / ......... / ..........