

Informerat samtycke

Överviktskirurgi

**Jag önskar genomgå kirurgi som behandling av min övervikt samt eventuella
följsjukdomar. Jag har tagit del av och förstått vad som krävs av mig inför och
efter operationen:**

- Att val av operationsmetod sker utifrån mina individuella förutsättningar och efter medicinsk bedömning av läkare och kirurg.
- Att rökfrihet gäller före och efter operationen
- Att följa de råd som jag får angående viktninskning inför kirurgi
- Att följa rekommendationer kring kost och fysisk aktivitet för att må bra
- Att känslighet för alkohol kan öka efter fetmakirurgi och att alkohol bör intas med försiktighet. Risk för ökat alkoholsug föreligger.
- Att viktutveckling är individuell och inte jämförbar med andra som är opererade
- Om jag får diabetes meddelar jag min vårdcentral/diabetessköterska för att planera uppföljning av medicinering eftersom behovet av medicin kan ändras redan första veckan efter operationen
- Att komma på planerade undersökningar och uppföljningar samt svara på frågeformulär, vägas och mätas och ta ordinerade prover på VC
- Att höra av mig till Kirurgkliniken Lycksele eller närmaste vårdcentral om har bekymmer eller är orolig över något som är kopplat till operationen
- Att söka vård akut om jag får kraftig buksmärta och /eller kräkningar
- Att kontakta vårdcentralen för att ta ordinerade prover och mätvärden
- Att delta i 1,2,5 och 10 års uppföljningar i SOReg
- Att ta ordinerade läkemedel och vitaminer/mineraler för att undvika allvarliga bristtillstånd
- Att jag deltagit i informationsträff och är medveten om fördelar och även komplikationer med kirurgi

Namn:.....

Underskrift:.....

Personnummer:.....

Datum:.....