

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE TUMOR CRÁNEO ENCEFÁLICO

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- La embolización es un procedimiento que permite inyectar micropartículas o microesferas (u otro material como coils o histoacril) dentro del tumor, ocluyéndolo parcial o totalmente, disminuyendo el riesgo de sangrado durante la cirugía del tumor
- Existe la alternativa de no realizar el procedimiento y operar el tumor sin embolización, pero esto aumenta considerablemente el riesgo de sangrado intraoperatorio y las complicaciones después de la cirugía como el edema cerebral.

### PROCEDIMIENTO

- Alternativa terapéutica habitualmente pre-quirúrgica, denominado oclusión por microembolización de un tumor cerebral o cervical, es una modalidad terapéutica mínimamente invasivo mediante una punción de la arteria femoral u otra, introduciendo un catéter por donde se inyecta micropartículas o microesferas dentro del tumor.

### CARACTERÍSTICAS

- Modalidad terapéutica mínimamente invasivo de tumores cerebrales o cervicales
- Se realiza una punción de la arteria femoral u otra,
- Se introduce un catéter que navega hasta las arterias de la cara y/o cráneo
- Donde se inyecta micropartículas o microesferas (u otro material como coils o histoacril) dentro del tumor

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.
- Este procedimiento podría provocar la oclusión de una arteria cerebral lo que podría implicar un infarto de mayor o menor cuantía, de la zona irrigada por dicha arteria
- Los riesgos asociados al procedimiento son: hemorragias, hematomas o infecciones en el sitio de punción, reacciones alérgicas al contraste, trombosis o lesión de vasos sanguíneos, daño renal por nefrotoxicidad, ceguera parcial o total, accidente cerebro vascular
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.
-

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento 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.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....	Sr(a) .....
RUT .....	RUT .....
Firma .....	Firma .....

### NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....

### REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente .....)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha: .....