

Consentimiento Informado

Angiografía Cerebral

Fecha: _____

Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: _____ **Edad:** _____

Nombre y apellidos representante legal: _____

Objetivo:

- Ayudar a confirmar si existe o no un problema en las arterias de su cerebro se le ha aconsejado someterse a una ANGIOGRAFÍA CEREBRAL.
- Es un procedimiento que permite al Médico tomar radiografías de las arterias de su cerebro, de la cara y el cuello.

Procedimiento:

- Durante el procedimiento se le puncionará una arteria de la ingle (arteria femoral) o de la muñeca (arteria radial) o del pliegue del codo (arteria humeral) y se introducirá en ella un catéter (fino tubo de plástico) que se empujará hasta el origen de las arterias que irrigan su cerebro (en el cuello).
- A través del cual se le inyectara una solución yodada, llamada medio de contraste, el cual permite verlas arterias y tomarles radiografías.

Características:

- Durante el procedimiento se le puncionará una arteria de la ingle (arteria femoral) o de la muñeca (arteria radial) o del pliegue del codo (arteria humeral).
- Se introducirá en ella un catéter (fino tubo de plástico) que se empujará hasta el origen de las arterias que irrigan su cerebro (en el cuello).
- A través del cual se le inyectara una solución yoda da, llamada medio de contraste, el cual permite verlas arterias y tomarles radiografías.

Riesgos Generales y Específicos del Procedimiento:

- Comprendo que la angiografía es un examen seguro y 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 y que pueden requerir tratamientos adicionales, como otros específicos del procedimiento.

- La punción de la arteria puede provocar daños en ella con formación de coágulos o trombosis. Excepcionalmente puede producirse una hemorragia interna en el sitio de la punción que puede producirse un hematoma (moretón) que tardarán algunos días o semanas en desaparecer.
- La inyección de contraste es igualmente segura, pero al igual que cualquier sustancia introducida en el cuerpo puede desencadenar reacciones de menor a mayor gravedad. Estas reacciones pueden producirse aún en pacientes sin ningún tipo de antecedente, pero afortunadamente son muy raras.
- La aparición de alguna reacción de este tipo puede requerir una hospitalización más larga en unidades especializadas e incluso tener consecuencias fatales.
- Las complicaciones neurológicas como parálisis, alteraciones visuales o del habla son raras y representan 0,6/1000 según las últimas investigaciones. El riesgo de muerte publicado en la literatura internacional llega a 0,8-1/1000.
- 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

Dr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

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. al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

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.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

Fecha: _____