

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Angiografía y/o Flebografía Selectiva

FL-CDM-138

Rev.02

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

La arteriografía o flebografía selectiva periférica es una exploración radiológica que sirva para ver las arterias o venas. El objetivo de esta prueba es reconocer el estado de la circulación sanguínea de la región a estudiar.

CARACTERÍSTICAS DE LA ANGIOGRAFÍA Y/O FLEBOGRAFÍA SELECTIVA (En qué consiste)

Se le puncionara un vaso sanguíneo (vena o arteria), generalmente en la zona de la ingle (arteria femoral) o muñeca (arteria radial). Se coloca anestesia local en el sitio de punción, luego se le introducirá un tubo muy fino (catéter) por el cual se inyectara el medio de contraste, líquido que es el que permite ver las arterias o venas en las radiografías. La duración del procedimiento es variable, generalmente de unos 60 minutos. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo por los hallazgos encontrados para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DE LA ANGIOGRAFÍA Y/O FLEBOGRAFÍA SELECTIVA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento.

Los resultados que se obtiene compensan los posibles riesgos:

Por medio de contraste:

Reacciones alérgica.

- Leves: náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves: alteraciones de los riñones.

Por la técnica:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se punciona.
- Puede sangrar el sitio de la punción (Hematoma)
- Puede soltarse un coágulo y obstruir un vaso a distancia (embolia), que puede requerir intervención urgente.

Por las características de esta exploración, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizante.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad (1 de cada 100.000 pacientes por riesgos derivado del medio de contraste), si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de éste Centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad existen otras exploraciones menos agresivas para estudiar las arterias y o venas. Ecografía, tomografía axial computarizada, resonancia, pero ninguna de ellas aporta la información tan exacta que obtenemos con la arteriografía y/o flebografía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Angiografía y/o Flebografía Selectiva

FL-CDM-138

Rev.02

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Angiografía y/o Flebografía Selectiva.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Angiografía y/o Flebografía Selectiva.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Angiografía y/o Flebografía Selectiva** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCAION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)