

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-158

Angiografía Cerebral

Rev.01

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

El presente documento ha sido confeccionado con el fin de brindar a nuestros pacientes los conocimientos necesarios del examen al cual serán sometidos.

CARACTERÍSTICAS DE LA ANGIOGRAFÍA CEREBRAL (En qué consiste)

El médico Neurorradiólogo aplicará anestesia local en el brazo o la ingle con una aguja delgada, a excepción de situaciones en que el paciente se encuentre en un estado de extrema gravedad, en donde se contará con un equipo especializado. Luego, en el mismo sitio, puncionará una arteria e introducirá un fino catéter (tubo) en su cuerpo.

Para posteriormente sin dolor, el catéter se llevará a través de los vasos sanguíneos hasta las arterias cervicales que irrigan cabeza y/o cuello, bajo control de visión radiológica.

En este lugar se inyectará un medio de contraste y simultáneamente se tomarán imágenes radiografías. Durante la inyección del contraste usted puede sentir dolor o calor pasajero en la región y a veces en todo el cuerpo. Al finalizar se retirará el catéter y se comprimirá el sitio de punción hasta que no existe sangramiento. Después se aplicará un vendaje comprensivo y permanecerá hospitalizado por 24 horas.

RIESGOS POTENCIALES DE LA ANGIOGRAFÍA CEREBRAL

El riesgo de complicación es muy bajo, con una mortalidad menor a 0.2% y una incidencia de complicaciones inferior a 0,5% (trombosis, accidente cerebro vascular, o hemorragia grave). De presentarse alguna de las anteriores, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Dentro de los riesgos podemos enunciar:

1. Dolor y pequeño hematoma en el sitio de punción, que habitualmente no requiere ningún tratamiento
2. Rara vez se producen trombosis, sangramientos o lesiones de la arteria en el sitio de punción que puede requerir de tratamiento médico y eventual cirugía. A veces las complicaciones vasculares pueden ser permanentes.
3. A veces se produce alergia al medio de contraste con enrojecimiento de la piel, picazón y vómitos los que mejoran solos o con ayuda de medicamentos antialérgicos.
4. En casos excepcionales, una reacción alérgica puede provocar problemas severos, y a veces shock y muerte del paciente. El medio de contraste, en situaciones poco frecuentes puede provocar daño a los riñones.

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, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si le ocurriera una complicación, usted debe saber que todos los medios técnicos de éste Centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Si, Entiendo que existen otros exámenes como la Angioresonancia y Angio TAC (scanner) que también pueden ayudar a mostrar la enfermedad que mi médico está buscando, pero la angiografía entrega una mejor visión y le da más información para tomar una decisión

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.

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-158

Angiografía Cerebral

Rev.01

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 Cerebral.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Angiografía Cerebral.**

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 Cerebral** 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)

REVOCACION:

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)