

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>Arteriografía Visceral Abdominal</b> <b>(Arteriografía Selectiva)</b>	FL-CDM-71
		Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____ <b>(1er Nombre y dos apellidos del paciente)</b>
o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____ <b>(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)</b>
En calidad de . _____ de _____ <b>(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)</b>

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO

La arteriografía visceral es una exploración radiológica que sirve para ver las arterias de las vísceras del abdomen (bazo, hígado, intestino delgado, intestino grueso, etc.), su objetivo es conocer el estado de la circulación sanguínea de las vísceras del abdomen.

## CARACTERÍSTICAS DE LA ARTERIOGRAFÍA VISCERAL ABDOMINAL (ARTERIOGRAFIA SELECTIVA) (En qué consiste)

Se le pinchará un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle, utilizando anestesia local. A continuación se le introducirá un tubo muy fino (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste), que es el que permite ver las arterias en las radiografías. La duración de la exploración será, aproximadamente, 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 ARTERIOGRAFÍA VISCERAL ABDOMINAL (ARTERIOGRAFIA 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 obtienen compensan los posibles riesgos:

Por medio de contraste: reacciones alérgicas.

- 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 pincha.
- 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 ionizantes.

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 riesgo 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 de las vísceras del abdomen: ecografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, pero ninguna de ellas aporta la información tan exacta que obtenemos con la arteriografía.

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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-71

Arteriografía Visceral Abdominal  
(Arteriografía Selectiva)

Rev.04

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 **Arteriografía Visceral Abdominal (Arteriografía Selectiva)**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Arteriografía Visceral Abdominal (Arteriografía 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 **Arteriografía Visceral Abdominal (Arteriografía 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)

### 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)