

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO
Angiografía Pulmonar y/o Sondeo Derecho

FL-CDM-146

Rev. 01

Sr./Sra. _____ de ____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de ____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

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

La Angiografía pulmonar y o sondeo derecho es un procedimiento empleado para diagnosticar y estudiar la presencia o información pronóstica de la enfermedad pulmonar, sondear el ventrículo derecho y registrar presiones internas de la cavidades internas. Esta enfermedad implica la existencia de alguna patología en el árbol vascular pulmonar y o ventrículo derecho que impiden que la sangre acceda normalmente a la función pulmonar, provocando alteración en el normal funcionamiento del sistema mismo.

EN QUE CONSISTE LA ANGIOGRAFIA PULMONAR Y/O SONDEO DERECHO:

El médico intervencionista ha programado realizar a usted una Angiografía pulmonar y/o sondeo derecho, este estudio es esencial para tomar correctas decisiones referentes al tratamiento de su enfermedad, por lo que su realización es necesaria.

Este procedimiento consiste en introducir en sus arterias y/o venas uno o más tubos flexibles llamados catéteres, los que son avanzados desde la ingle, muñeca o desde el pliegue del codo hacia los grandes vasos torácicos, utilizando como guía un sistema de televisión conectado a un equipo de rayos X.

La técnica es indolora, salvo en el momento en que se aplicará la anestesia local en la piel de la ingle, muñeca o pliegue del codo, lo que podría producir un leve dolor local.

Para evitar la formación de coágulos, se emplea un anticoagulante llamado Heparina.

Estos catéteres se emplean para la medición de presiones dentro de las arterias de región pulmonar y cavidades derechas del corazón y para la inyección del material de contraste que permitirá visualizar los vasos a los rayos X. Esta inyección es por lo general bien tolerada, aunque en ocasiones algunos pacientes pueden manifestar sensación de náusea transitoria.

RIESGO DE LA ANGIOGRAFIA PULMONAR Y/O SONDEO DERECHO:

El riesgo de complicación es muy bajo, con una mortalidad menor a 0.2% y una incidencia de complicaciones inferior a 0,5% (Infarto agudo del miocardio, 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.

Luego de leer este consentimiento puede preguntar y aclarar cualquier duda con los integrantes del equipo de hemodinamia o con su médico tratante.

RIESGOS PERSONALIZADOS

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Angiografía Pulmonar y/o Sondeo Derecho</p>	<p>FL-CDM-146</p>
		<p>Rev. 01</p>

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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 del procedimiento 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 nombre. No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Dr.(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **ANGIOGRAFIA PULMONAR Y/O SONDEO DERECHO.**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice a una **ANGIOGRAFIA PULMONAR Y/O SONDEO DERECHO.**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____.

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **ANGIOGRAFIA PULMONAR Y/O SONDEO DERECHO**, 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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el procedimiento.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____