

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-158

ANGIOGRAFIA CEREBRAL

Rev. 00

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)

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 **ANGIOGRAFIA CEREBRAL** es un procedimiento para estudiar la anatomía de los vasos sanguíneos de la cabeza y/o cuello mediante una punción de la arteria femoral u otra, con posterior inyección de un medio de contraste iodado intra - arterial (líquido que se mete adentro de la arteria), a través de un catéter en las arterias cervicales que irrigan la cabeza y/o cuello, y obtener imágenes con el uso de rayos-x de estos para diagnosticar diversas enfermedades.

EN QUE CONSISTE LA ANGIOGRAFIA CEREBRAL.

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.

RIESGO DE LA ANGIOGRAFIA 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.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY:

Si, Entiendo que existen otros exámenes como la AngioResonancia y AngioTAC (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.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO ANGIOGRAFIA CEREBRAL

FL-CDM-158

Rev. 00

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 CEREBRAL**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice a una **ANGIOGRAFIA CEREBRAL**.

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)

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 CEREBRAL**, asumiendo toda la responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada pudiera ocasionar. En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____.

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACIÓN:

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 tratamiento.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____