

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO ANGIOPLASTIA FARMACOLOGICA / MECANICA

FL-CDM-160

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.

El procedimiento terapéutico denominado **ANGIOPLASTIA FARMACOLÓGICA / MECÁNICA** que es una modalidad para visualizar la anatomía de los vasos sanguíneos cerebrales mediante una punción de la arteria femoral u otra, con posterior inyección de un medio de contraste yodado intraarterial, a través de un catéter en las arterias cervicales que irrigan el cerebro y obtener imágenes de estos para tratar el **VASOESPASMO**.

### EN QUE CONSISTE LA ANGIOPLASTIA FARMACOLOGICA / MECANICA

El procedimiento denominado **ANGIOPLASTIA FARMACOLOGICA / MECANICA**, el significado del diagnóstico planteado, la evolución natural y todas las alternativas terapéuticas de mi enfermedad.

De ser necesario, asimismo, se me ha explicado las alternativas terapéuticas denominada **ANGIOPLASTIA Farmacológica** que consiste en la instilación intraarterial de medicamentos que permiten revertir el vasoespasmio arterial; y la **ANGIOPLASTIA asistida con Balón**, la cual constituye una modalidad mínimamente invasiva para el tratamiento del vasoespasmio arterial por medio de la introducción de un catéter provisto de un balón el cual se navega hasta la arteria estenótica y se procede a la dilatación. Ambos procedimientos permiten mejorar la irrigación cerebral.

### RIESGO DE LA ANGIOPLASTIA FARMACOLOGICA / MECANICA:

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, la complicación puede ser transitoria o permanente.

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:

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 ANGIOPLASTIA FARMACOLOGICA / MECANICA

FL-CDM-160

Rev. 00

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 **ANGIOPLASTIA FARMACOLOGICA / MECANICA**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice a una **ANGIOPLASTIA FARMACOLOGICA / MECANICA**.

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 **ANGIOPLASTIA FARMACOLOGICA / MECANICA**, 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 \_\_\_\_\_