

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO TEST DE OCLUSIÓN CAROTIDEO

FL-CDM-164

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 preterapéutico denominado **TEST DE OCLUSIÓN CAROTIDEO**, el significado del diagnóstico planteado, la evolución natural y todas las alternativas terapéuticas de mi enfermedad.

EN QUE CONSISTE EL TEST DE OCLUSIÓN CAROTIDEO

Se me sugiere la alternativa pre terapéutica denominada **TEST DE OCLUSIÓN CAROTIDEO** que permite saber la tolerancia a la oclusión aguda de una arteria. Esto se practica mediante una punción de la arteria femoral y otra, con posterior introducción de un balón que navega hasta la arteria cerebral que se desea evaluar. El médico verifica mediante inyecciones en otras arterias la circulación colateral del cerebro y además, mediante controles clínicos, la tolerancia a la oclusión. Si es esta prueba es bien tolerada, se procederá a la oclusión permanente de la arteria con coils o balón.

RIESGO DE LA TEST OCLUSION CAROTIDEO:

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, infecciones 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.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características del procedimiento y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO TEST DE OCLUSION CAROTIDEO

FL-CDM-164

Rev. 00

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 **TEST DE OCLUSION CAROTIDEO**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice a una **TEST DE OCLUSION CAROTIDEO**.

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 **TEST DE OCLUSION CAROTIDEO**, 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 _____