

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

ANGIOGRAFÍA CEREBRAL DIAGNÓSTICA

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.- DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ANGIOGRAFÍA CEREBRAL DIAGNÓSTICA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea con atención la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE: Es un examen radiológico invasivo para visualizar con alta precisión las arterias y venas del cerebro. Sirve para diagnosticar con exactitud patologías como aneurismas, malformaciones vasculares o estenosis que otros exámenes (Scanner o Resonancia) no logran definir con total claridad.

CÓMO SE REALIZA: Con el paciente en ayunas y bajo sedación, se introduce un catéter delgado a través de una arteria en la ingle (femoral) o muñeca (radial). Bajo guía de rayos X, el catéter se avanza hasta las arterias del cuello. Se inyecta un medio de contraste yodado mientras se toman imágenes de alta velocidad.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: Podría sentir una sensación de calor súbito en la cara o cuello y un sabor metálico en la boca durante la inyección del contraste. Tras el examen, deberá mantener reposo absoluto de la extremidad utilizada (pierna o brazo) por varias horas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: Proporciona el mapa vascular más detallado posible, permitiendo al equipo médico planificar cirugías, tratamientos endovasculares o confirmar la ausencia de lesiones graves.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: Angio-TAC (Scanner) o Angio-Resonancia Magnética. Aunque son menos invasivas, tienen menor resolución y no permiten ver el flujo sanguíneo en tiempo real como la angiografía.

QUÉ RIESGOS TIENE

LOS MENOS FRECUENTES:

- Arritmias (0.3% a 0.6%, 3 a 6 de cada 1.000): Las complicaciones cardíacas en este estudio son excepcionales, si ocurren suelen ser, bradicardias transitorias (ritmo lento).

LOS MÁS FRECUENTES:

- Hematoma en sitio de punción (1% - 5%, 1 a 5 de cada 100): Moretón o bulto en la zona de punción y/o acceso vascular.
- Daño renal por contraste (1% - 2%, 1 a 2 de cada 100): Afectación temporal de los riñones.
- AIT (0.5% - 1.0%, 5 a 10 de cada 1.000): Síntomas de infarto cerebral transitorio que revierten rápido.

LOS MÁS GRAVES:

- ACV con secuela permanente (0.1% - 0.5%, 1 a 5 de cada 1.000): Infarto cerebral con daño definitivo.
- Lesión arterial / Pseudoaneurisma (0.1% - 0.5%, 1 a 5 de cada 1.000): Daño en la arteria de la pierna o brazo.
- Reacción alérgica grave (Menos del 0.1%, 1 de cada 1.000): Shock anafiláctico al contraste.
- Mortalidad (0.05% - 0.1%, 5 a 10 de cada 10.000): Riesgo de fallecimiento por complicaciones vasculares mayores.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS: Informe si tiene alergia al yodo, mariscos, antecedentes de insuficiencia renal, diabetes o si existe posibilidad de embarazo.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____

Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o apoderado

Firma Médico