



Consentimiento Informado Para
Angiografía Extremidades Inferiores
Y/O Superiores

Consentimiento Informado Para Angiografía Extremidades Inferiores Y/O Superiores

Consentimiento Informado Para Angiografía Extremidades Inferiores Y/O Superiores

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de
ANGIOGRAFÍA EXTREMIDADES INFERIORES Y/O SUPERIORES.

INFORMACIÓN

- 1) Se ha programado realizar a usted una Angiografía de extremidades inferiores y/o superiores, este estudio es esencial para tomar correctas decisiones referentes al tratamiento de su enfermedad.
- 2) Este procedimiento consiste en introducir en sus arterias y/o venas uno o más tubos flexibles llamados catéteres, los que son introducidos a través de la punción de una arteria o vena en la región inguinal, muñeca o desde el pliegue del codo, y avanzarlos hacia la/las extremidad/es inferior/es y/o superiores, utilizando como guía un sistema de monitor conectado a un equipo de rayos X. Mediante la inyección, a través de estos catéteres, de sustancias llamadas medios de contraste, se pretende estudiar las arterias y/o venas de las extremidades inferiores y definir la presencia de eventuales lesiones que permitan definir la causa de la patología existente.
- 3) Como se señaló, para la realización de este procedimiento, se necesita el uso de medio de contraste, que permite la correcta visualización de los vasos y de las eventuales lesiones existentes bajo imagen radiológica (Rayos X). El uso de medio de contraste tiene complicaciones propias a ello, como es el daño de la función renal secundario a la utilización de ese medio de contraste, tomándose regularmente las medidas para prevenir esta complicación. Algunos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al medio de contraste, el que es en base a yodo. Reacciones alérgicas graves pueden ocurrir, aunque son poco frecuentes (aproximadamente 1 en 50000 pacientes). No es posible predecir su ocurrencia en forma certera mediante un test de alergia, por lo que si usted tiene conocimiento de alguna manifestación previa de alergia al yodo o frente a otra sustancia, deberá informarlo oportunamente a su médico.
- 4) Para evitar la formación de coágulos o trombos, eventualmente puede utilizarse algún tipo de medicamento anticoagulante, como por ejemplo Heparina.
- 5) El tipo de anestesia habitualmente utilizada para este procedimiento es anestesia local en el sitio de punción, anestesia que también presenta riesgos de complicaciones, las cuales son, en todo caso, poco frecuentes y habitualmente no graves.
- 6) Luego de realizado el procedimiento, se debe efectuar compresión del sitio de acceso durante varios minutos, para evitar el sangrado de este, y la aparición de eventuales complicaciones.
- 7) Es posible que durante el procedimiento, se deba realizar modificaciones de lo planteado según los hallazgos encontrados, para proporcionar así un tratamiento más adecuado.
- 8) A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse complicaciones tanto algunas comunes a cualquier procedimiento invasivo (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales de tipo cardiológico (infarto al miocardio, arritmias intraoperatorias) u otras (trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, insuficiencia renal, accidente vascular encefálico), las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).
- 9) Dentro de las complicaciones específicas de estos procedimientos, las que en general son poco frecuentes, se encuentran:
 - Formación de hematomas en el sitio de acceso.
 - Formación de pseudoaneurisma o fístulas, producto de la punción de un vaso.
 - Perforación de algún vaso sanguíneo a distancia.
 - Deterioro de la función del riñón, la que suele ser transitoria.
 - La oclusión de alguna arteria por coágulos o trombosis.
 - Desprendimiento de placas de colesterol de las paredes arteriales por el pasaje o manipulación de los catéteres.
 - Infección en el sitio de acceso.

Estas complicaciones, para su solución, muchas veces requieren medidas de manejo conservador; sin embargo, en ocasiones, puede ser necesaria la realización de una intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos, puede ser de urgencia.

El equipo médico y de enfermería que lo atenderá durante el procedimiento está especialmente entrenado para la ejecución de ellos. La sala de hemodinamia donde se realiza el procedimiento está equipada con un sistema de control de variables fisiológicas del paciente, entre ellas: presión arterial, frecuencia cardíaca, arritmias, etc. Usted estará permanentemente bajo el control de este equipo.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente para este procedimiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 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 el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
ANGIOGRAFÍA EXTREMIDADES INFERIORES Y/O SUPERIORES.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).