



Consentimiento Informado Para
Angioplastia Carotidea

Consentimiento Informado Para Angioplastia Carotidea

Consentimiento Informado Para Angioplastia Carotidea

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 **ANGIOPLASTÍA CAROTIDEA.**

INFORMACIÓN

1. La hipótesis diagnóstica, consistente en la oclusión parcial del interior de la arteria carótida interna por placas de ateroma y/o coágulos, que dificulta el paso de la sangre al cerebro y corre el riesgo de desprender material de la placa e ir por la circulación a impactarse en el cerebro produciendo un infarto cerebral de menor o mayor cuantía.
2. Las alternativas de tratamiento médicamente indicadas, que consisten en tratamiento médico con antiagregantes plaquetarios, (aspirina, Clopidogrel) y observar su evolución natural o tratamiento quirúrgico abriendo la arteria para limpiar el contenido de ateromas, Sin embargo, he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante, que la Angioplastia con Stent carotideo es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico.
3. El procedimiento consiste en la introducción de un catéter por punción a través de una arteria, siendo lo más frecuente por la arteria femoral, llegar con este a la carótida interna y colocar su extremo que lleva un globo inflable en la placa que obstruye y dilatar forzosamente la arteria carótida interna para así dilatarla y corregir la obstrucción para luego colocar en ese lugar, de la misma manera, un Stent o soporte metálico que mantenga la dilatación en el tiempo. Se me han explicado los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando entre los riesgos los siguientes:
 - Accidente vascular cerebral, por el desprendimiento de material de ateroma desde la placa durante la dilatación de la carótida o la colocación del Stent, que pueda comprometer en forma leve o grave al cerebro, e incluso con riesgo vital.
 - La complicación de la arteria carótida por el procedimiento, que necesite una intervención quirúrgica para repararla, y sus riesgos consecuentes.
 - Sangramiento en el sitio de punción, con la formación de un hematoma que pudiere requerir reparación quirúrgica.
 - La posibilidad que sea imposible lograr realizar el procedimiento propuesto en forma adecuada y completa, por las características anatómicas encontradas.
4. La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o coetáneo, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.
5. La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.
6. Los riesgos derivados del rechazo del procedimiento propuesto, entre los cuales se considera principalmente la posibilidad de un accidente vascular cerebral por la oclusión total de la carótida o desprendimiento de material de ateroma e infarto cerebral consecuente.

La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

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:

ANGIOPLASTÍA CAROTIDEA.

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).