



Pabellón Hemodinamia – Laboratorio
Endovascular

Consentimiento Informado Para
Angioplastia Cerebral

Consentimiento Informado Angioplastia Cerebral

Consentimiento Informado Para Angioplastia Cerebral

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, en mi situación actual, realizarme el procedimiento endovascular de ANGIOPLASTIA CEREBRAL

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Información general

La angioplastia consiste en la apertura de un vaso estenótico mediante la acción mecánica de un balón y/o stent, con el objetivo de mejorar el flujo cerebral.

En que consiste la angioplastia

Bajo anestesia local, se realiza una punción en la arteria femoral (en ocasiones es necesario puncionar ambos lados) para colocar un introductor o vaina femoral. A través de esa vaina, se introduce un catéter que se localiza a nivel del cuello en la arteria que presenta la estenosis.

Posteriormente se realiza la apertura del vaso comprometido mediante un balón de angioplastia y la colocación de un stent (malla metálica que recubrirá la arteria para mantenerla abierta)

El procedimiento se realiza bajo anticoagulación sistémica con heparina, asociado a antiagregación plaquetaria para disminuir el riesgo de trombosis.

Riesgos de la angioplastia

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

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento que utiliza medio de contraste, como reacción alérgica, falla renal, convulsiones y arritmias, como los ligados al procedimiento de angioplastia, los cuales son:

- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Formación de un coagulo en el interior del stent, que pudiese derivar en la oclusión de la arteria.
- Embolia con oclusión de un vaso a nivel intra cerebral que pudiese causar un infarto cerebral.
- Daño de la pared del vaso arterial al nivel del cuello (disección)
- Hemorragia intra cerebral secundario al aumento del flujo cerebral (reperusión).

La mayor parte de las complicaciones pueden ser resultas en forma médica, y solo un bajo porcentaje requiere de cirugía u otro procedimiento.

El equipo médico y de enfermería que lo atenderá durante la intervención está especialmente entrenado para la ejecución de los procedimientos. La sala de cateterismo 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.



Luego de leer este consentimiento puede preguntar y aclarar cualquier duda con los integrantes del equipo de hemodinamia o con su médico tratante.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo 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 procedimiento endovascular de:
ANGIOPLASTIA CEREBRAL

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).