



Consentimiento Informado Para
Embolización De Aneurisma
Cerebral

Consentimiento Informado Para Embolización De Aneurisma Cerebral

Consentimiento Informado Para Embolización De Aneurisma 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 proceder, en mi situación, al procedimiento de:

EMBOLIZACIÓN DE ANEURISMA CEREBRAL

INFORMACIÓN

La embolización de un aneurisma cerebral, consiste en rellenar mediante espirales metálicas (coils) el aneurisma para de esta forma evitar que la sangre ingrese a él y por lo tanto evitar su que éste se rompa.

Se realiza bajo anestesia general y se utiliza un anticoagulante intra venoso de manera de evitar la formación de trombos en relación a los materiales que se utilizan.

Con el paciente anestesiado, 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 en la arteria que irriga al aneurisma.

Posteriormente se introduce un micro catéter al interior del aneurisma para desplegar una serie de espiras metálicas (coils) hasta lograr la oclusión del aneurisma.

En ocasiones, dada la forma del aneurisma, es necesario introducir un pequeño balón que evita que los coils se desplacen hacia la arteria o en contadas situaciones una malla metálica que recubra la arteria (Stent). Una vez terminado el procedimiento, se retiran todos los catéteres para dejar un vendaje compresivo en el sitio de punción.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, 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 embolización, los cuales son:

- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Formación de un coagulo en relación al material de embolización, que pudiese determinar un infarto cerebral.
- Daño de la pared del vaso arterial al nivel del cuello (disección).
- Rotura del aneurisma al tratar de embolizarlo, produciendo un sangramiento intra cerebral que pudiese requerir de una cirugía de urgencia.

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

Clínica Dávila cuenta con todo el equipo humano y técnico, para poder resolver de la mejor manera estas complicaciones, las que en general no sobrepasan el 5%.

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 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 de:

EMBOLIZACIÓN DE ANEURISMA 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).