



Consentimiento Informado de
Radiocirugía para Glioma Vía
Óptica

Consentimiento Informado de Radiocirugía para Glioma Vía Óptica

Consentimiento Informado de Radiocirugía para Glioma Vía Óptica

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 claramente en qué consiste mi situación médica, siendo conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de Radiocirugía para **GLIOMA VÍA ÓPTICA**

En que consiste el procedimiento?

El procedimiento consiste en la instalación de un Marco Esterotáxico con anestesia local con asistencia de un anestesista mas sedación, posteriormente a esto el paciente con su marco instalado se traslada a la Unidad de Rayos donde se procede a realizar los estudios Imagenologicos que el equipo de Neuroradiocirugia determine, ya sea RNM, TAC de encéfalo o angiografía cerebral.

Luego de esto el paciente vuelve a la unidad de Neuroradiocirugia donde el equipo realiza la Planificación del tratamiento y posteriormente con su marco instalado se introduce al Gamma Knife para la realización del tratamiento cuya duración depende del número de lesiones y de la planificación realizada por el Equipo.

En suma:

- manifiesto que he sido informado de que como consecuencia de los estudios realizados, se me ha informado de que padezco UN GLIOMA VIA OPTICA y se me ha indicado la Radiocirugía con GAMMA KNIFE para tratar dicha lesión.
- Entiendo que el tratamiento ha sido decidido en colaboración por todo el equipo y que será planificado, realizado y vigilado por varios de sus miembros. De forma simultánea o sucesiva, pueden intervenir: médicos, físicos, técnicos y enfermeras.
- Excepcionalmente, el día de inicio del tratamiento puede darse alguna circunstancia especial, no previsible previamente, que impida al robot de la Gamma Knife la correcta localización anatómica de las estructuras necesarias para garantizar la precisión del procedimiento (p.ej. osteoporosis importante, sobrepeso, incorrecta visualización de las marcas fiducias,...). Esto conllevaría la suspensión del mismo y su nueva valoración (otras posibilidades de aplicación o la suspensión definitiva).

He sido informado y advertido de

1. Los riesgos y consecuencias en el caso de no proceder al tratamiento que me ha sido propuesto.
2. Los riesgos y consecuencias, tanto inmediatas como a medio y largo plazo, por la radiocirugía que me ha sido propuesta: edema, cefalea, náuseas y/o vómitos, caída de cabello local, alteraciones neurológicas importantes, dermatitis, disminución, pérdida o disfunción territorio nervioso afecto.
3. Otras alternativas terapéuticas, si las hay, tales como cirugía abierta.
4. El tratamiento con Radiocirugía no influye en la evolución del proceso en otras localizaciones ni disminuye la posibilidad de aparición de otras lesiones.
5. Actualmente, los índices de control de la lesión son aproximadamente del 90 % con variaciones en este porcentaje según el tamaño, localización y naturaleza de la misma.
6. Se ha descrito, en casos muy aislados, que la exposición a radiaciones ionizantes puede producir efecto oncogénico local a largo plazo.
7. Si soy una mujer en edad fértil, declaro haber sido informada de los riesgos de la exposición a radiaciones ionizantes durante el embarazo, tales como el propio tratamiento con Gamma Knife Knife o las pruebas de imagen necesarias para el mismo o la colocación de marcas fiducias (TAC, Radiología convencional). Y declaro no estar embarazada y aceptar dichos procedimientos.
8. He leído y entendido todo cuanto antecede, consultando mis dudas que han sido explicadas; por tanto, voluntariamente, acepto el tratamiento que me ha sido propuesto.

Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Además de los riesgos anteriormente citados, la presencia de otras enfermedades, alergias o alteraciones generales pueden incrementar tanto las complicaciones como su gravedad. Por las enfermedades que padece puede presentar otras complicaciones:

.....

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

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 con Radiocirugía Gamma Knife para la resolución de un **GLIOMA VÍA ÓPTICA** que poseo en mi cerebro.

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).