



Consentimiento Informado Para
Una Angiografía Mesentérica

Consentimiento Informado Para Una Angiografía Mesentérica

Consentimiento Informado Para Una Angiografía Mesentérica

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 una:
ANGIOGRAFÍA MESENTÉRICA.

INFORMACIÓN GENERAL

Se ha programado realizar a usted una Angiografía mesentérica, este estudio es esencial para tomar correctas decisiones referentes al tratamiento de su enfermedad, por lo que su realización es necesaria.

Este procedimiento consiste en introducir en sus arterias y/o venas uno o más tubos flexibles llamados catéteres, los que son avanzados desde la ingle, muñeca o desde el pliegue del codo hacia los vasos abdominales, utilizando como guía un sistema de televisión conectado a un equipo de rayos X.

La técnica es indolora, salvo en el momento en que se aplicará la anestesia local en la piel de la ingle, muñeca o pliegue del codo, lo que podría producir un leve dolor local.

Para evitar la formación de coágulos, se emplea un anticoagulante llamado Heparina.

Estos catéteres se emplean para la medición de presiones dentro de las arterias mesentéricas y para la inyección del material de contraste que permitirá visualizar los vasos a los rayos X. Esta inyección es por lo general bien tolerada, aunque en ocasiones algunos pacientes pueden manifestar sensación de náusea transitoria.

Pocos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al material 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 al médico y/o enfermero del servicio.

Existe la posibilidad de otras complicaciones, algunas leves, otras graves, aunque su ocurrencia es excepcional, ellas incluyen, **pero no están limitadas a:**

- Formación de hematomas en el sitio de acceso o a distancia y/o perforación de algún vaso sanguíneo.
- Algunos pacientes pueden sufrir 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.

El manejo de estas complicaciones puede requerir de medidas específicas e incluso cirugía. Secuelas funcionales como infarto de miocardio, parálisis de un miembro o pérdida de la función intelectual o incluso la muerte son posibles, aunque muy poco probables y están en directa relación con la gravedad de la enfermedad de base.



El equipo médico y de enfermería que lo atenderá durante el cateterismo 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 de aorta, frecuencia cardiaca, 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 para una:

ANGIOGRAFÍA MESENTÉRICA.

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).