



Consentimiento Informado Para El
Procedimiento De Embolización De
Malformación Arterio-Venosa
Cerebral

Consentimiento Informado Para El Procedimiento De Embolización De Malformación Arterio-Venosa Cerebral

Consentimiento Informado Para El Procedimiento De Embolización De Malformación Arterio-Venosa 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:
EMBOIZACIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIO-VENOSA CEREBRAL

INFORMACIÓN

La embolización de una malformación arterio venosa cerebral (MAV), tiene por objetivo excluir la malformación vascular de la circulación, mediante la oclusión de esta y sus aferencias con un polímero no adhesivo (ONYX).

Esto se realiza mediante cateterización directa de la malformación, bajo control de fluoroscopia.

Con el paciente anestesiado, se realiza una punción en la arteria femoral para colocar un introductor o vaina femoral. A través de esa vaina, se introduce un catéter que se localiza en la arteria que irriga la malformación. Posteriormente se introduce un micro catéter al interior del nido de la MAV o muy próximo a él, para inyectar un polímero no adhesivo (ONYX o cianoacrilato) que la rellenará.

En ocasiones, dado el tamaño de la malformación, es necesario repetir este procedimiento, ya sea en la misma intervención o en un tiempo después, para lograr el objetivo deseado.

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, así 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 de la MAV al tratar de embolizarla, produciendo un sangramiento intra cerebral que pudiese requerir de una cirugía de urgencia.
- En contadas oportunidades, es necesario dejar el micro catéter en la arteria para evitar un sangramiento al intentar retirarlo.

La mayor parte de las complicaciones pueden ser resultas 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 al Procedimiento de:

EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIO-VENOSA 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).