



Pabellón Hemodinamia – Laboratorio
Endovascular

Consentimiento Informado Para
Embolización De Tumor Intra-
Craneano.

Consentimiento Informado Para Embolización De Tumor Intra-Craneano.

Consentimiento Informado Para Embolización De Tumor Intra-Craneano.

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 **EMBOIZACIÓN DE TUMOR INTRA-CRANEANO.**

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Información general

La embolización de un tumor intra-craneano tiene por objetivo ocluir temporalmente la circulación intratumoral, mediante el depósito de material de embolización. Esto se realiza mediante cateterización directa de la lesión, bajo control de fluoroscopia.

En que consiste la Embolización de Tumor Intra-Craneal

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 el tumor nivel del cuello. Posteriormente se introduce un microcatéter al interior de él, para inyectar o depositar el material de embolización.

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

Riesgos de la Embolización

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)
- Sangramiento del tumor al tratar de embolizarlo, produciendo un sangramiento extra-cerebral que pudiese requerir de una cirugía de urgencia.
- En contadas oportunidades, es necesario dejar el microcatéter 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.

La mayor parte de las complicaciones pueden ser resultas en forma médica (las que en general no sobrepasan el 5%), y solo un bajo porcentaje requiere de cirugía u otro procedimiento.

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 endovascular de **EMBOIZACIÓN DE TUMOR INTRA-CRANEANO.**

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).