

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTERIOGRAFIA CEREBRAL

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación, y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido _____ DNI _____

INFORMACION GENERAL:

QUE ES, PARA QUE SIRVE: La arteriografía cerebral es una exploración que sirve para estudiar los vasos sanguíneos (arterias y venas) de su cuello, cara y cerebro, permitiéndonos obtener información que ayudará a su diagnóstico y tratamiento.

COMO SE REALIZARÁ: Se le pinchará un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle o la muñeca, utilizando anestesia local.

A continuación, se le introducirá un tubo (catéter) por donde se le inyectará un líquido (medio de contraste) que nos va a permitir ver los vasos que queremos estudiar mediante radiografías.

La duración de la exploración será, aproximadamente, de 60 minutos. Al finalizar la prueba deberá estar en reposo 24 horas, con inmovilización de la pierna o del brazo donde se realizó la punción.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, las arterias se pueden explorar mediante Ecografía, Resonancia Magnética o Tomografía Axial Computada, pero ninguna de ellas nos proporciona información exactamente igual que la arteriografía.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos

QUE RESGOS TIENE: Por la técnica que estamos realizando:

Por la técnica que estamos realizando:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Lesión cerebral pasajera o transitoria (1 de cada 100 pacientes en los que se realiza la prueba).
- Lesión cerebral permanente y muerte, muy infrecuente (1 de cada 5.000 pacientes en los que se realiza la prueba).

Por el medio de contraste (contraste yodado):

- Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente pueden ser muy graves (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la exposición a los rayos X: Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

- De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

DADA SU CONDICION ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA:
AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

1. Entiendo mi estado de salud y que, por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explico acerca de los métodos diagnósticos alternativos si los hubiese.

2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de los practicas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que pueden surgir en el curso de los mismo y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieren procedimientos adicionales para mi mejoría.

3. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio medico de los profesionales que me asistan

SI NO

4. ANTECEDENTES ALERGICOS: SI NO

CUÁL: _____

5. Me comprometo a brindar información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas uy también a informar aquellas que no he de cumplir.

6. Doy consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser revelados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones (Ley Provincial N° 3012 de Recupero Financiero)

7. Acepto que le material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso medico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad

SI NO

Al presentar conformidad usted aceptara las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas (como, por ejemplo, podrá ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio).

Yo _____, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.
(Marque con una x)

Doy mi consentimiento para la internación

No acepto la internación (en el caso de menores el Hospital podrá dar intervención al juzgado si lo considere necesario)

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Hora: ____:____hs.



MUY IMPORTANTE

Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber.

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida.

Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

REVOCACION

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LA LEY PROVINCIAL 2611).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Hora: ____:____ hs.