

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO CON R-TPA

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 _____

El **Accidente CerebroVascular Isquémico Agudo (ACV)** es el resultado de la interrupción brusca del flujo sanguíneo en alguna región del cerebro. La falta de riego sanguíneo al tejido cerebral correspondiente da lugar a una progresiva alteración de las neuronas (células del tejido nervioso) que de no resolverse, conduce finalmente a la muerte celular del territorio afectado, o infarto cerebral. Estas alteraciones se manifiestan de diferente manera dependiendo de la localización y el tamaño de la región cerebral afectada (alteración de la conciencia, pérdida de fuerza o parálisis de un lado del cuerpo, dificultad o imposibilidad para hablar, etc). Por tal motivo, resulta fácil comprender que el objetivo fundamental del tratamiento es la restauración lo más pronto posible del flujo sanguíneo cerebral.

Es posible que durante o después del tratamiento sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta al médico tratante de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO DEL ACV CON R-TPA?

Tras diversos estudios realizados en múltiples hospitales, la FDA americana (una de las más prestigiosas Agencias de Regulación de Medicamentos) aprobó en junio de 1996 el Activador Tisular de Plasminógeno o r-TPA como un tratamiento efectivo y seguro para el ACV si se administra dentro de las primeras 3hs o incluso hasta dentro de las 4.5hs en pacientes seleccionados desde la aparición de los síntomas. **Este medicamento actúa disolviendo el coágulo que taponó la arteria afectada, permitiendo nuevamente el paso sanguíneo.**

INFORMACIÓN SOBRE COMPLICACIONES, RIEGOS Y REACCIONES ADVERSAS:

A pesar de la adecuada elección del tratamiento y su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo tratamiento, que pueden afectar a todos los órganos, como aquellos que se deban a las enfermedades que el paciente ya tiene como diabetes, problemas del corazón, hipertensión, etc. Y aquellos efectos indeseables como los específicos de dicha droga, debido a que actúa en todo el organismo dejando transitoriamente la sangre sin posibilidad de coagularse, hecho que podría producir las principales complicaciones e incluso las más graves. Estas se refieren al riesgo relativamente elevado de hemorragias en cualquier lugar del cuerpo y principalmente en el cerebro. Estas complicaciones se pueden llegar a resolver con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) incluso pueden llegar a requerir una intervención de urgencia.

Ningún tratamiento está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el riesgo de morir, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente por solo el uso del mismo.

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

Riesgos Personalizados:

¿Qué otras alternativas hay?

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 explicó acerca de los métodos diagnósticos y/o tratamientos alternativos si los hubiese.
2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
3. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI NO
4. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO SI Cuál: _____
5. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
6. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados 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 el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.

MUY IMPORTANTE

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo _____ doy mi consentimiento para que sea realizado un tratamiento fibrinolítico del Accidente CerebroVascular Isquémico con r-TPA. Se me ha entregado para leer esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos del mismo, y declaro estar debidamente informado, incluso he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas en una entrevista personal con el Dr. _____.

La decisión fue tomada de manera libre y voluntaria.

Doy mi consentimiento para el procedimiento

No acepto el procedimiento (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.

REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 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: ___/___/___

IMPORTANTE Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo

Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.