

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ANGIOGRAFÍA EXTREMIDADES INFERIORES Y/O SUPERIORES**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Angiografía Extremidades Inferiores y/o Superiores, es un estudio esencial para tomar decisiones correctas referentes al tratamiento de su enfermedad.

Este procedimiento consiste en introducir en las arterias y/o venas uno o más tubos flexibles llamados catéteres, los que son introducidos a través de la punción de una arteria o vena en la región inguinal, muñeca o desde el pliegue del codo, y avanzarlos hacia la/las extremidad/es inferior/es y/o superiores, utilizando como guía un sistema de monitor conectado a un equipo de rayos X. Mediante la inyección, a través de estos catéteres, de sustancias llamadas medios de contraste, se pretende estudiar las arterias y/o venas de las extremidades inferiores y definir la presencia de eventuales lesiones que permitan definir la causa de la patología existente.

El uso de medio de contraste, permite la correcta visualización de los vasos y de las eventuales lesiones existentes bajo imagen radiológica (Rayos X), tiene complicaciones propias a ello, como es el daño de la función renal secundario a la utilización de ese medio de contraste, tomándose regularmente las medidas para prevenir esta complicación. Algunos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al medio 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 oportunamente a su médico.

Para evitar la formación de coágulos o trombos, eventualmente puede utilizarse algún tipo de medicamento anticoagulante, como por ejemplo Heparina.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Luego de realizado el procedimiento, se debe efectuar compresión del sitio de acceso durante varios minutos, para evitar el sangrado de este, y la aparición de eventuales complicaciones.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables**, tanto los comunes derivados de toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales de tipo cardiológico (infarto al miocardio, arritmias intra operatorias), respiratorio (neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria) u otras (trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, insuficiencia renal, accidente vascular encefálico), las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.):

Las complicaciones propias de este procedimiento quirúrgico pueden ser múltiples, diversas y de diferente grado de complejidad. Se pueden mencionar entre otras:

- Formación de hematomas en el sitio de acceso.
- Formación de pseudoaneurisma o fístulas, producto de la punción de un vaso.
- Perforación de algún vaso sanguíneo a distancia.
- 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.
- Infección en el sitio de acceso.

Estas complicaciones, para su solución, muchas veces requieren medidas de manejo conservador; sin embargo, en ocasiones, puede ser necesaria la realización de una intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos, puede ser de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente para este procedimiento.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente:

Extremidad: Superior Inferior

Lado: Derecha Izquierda

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Angiografía Extremidades Inferiores y/o Superiores**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA ANGIOGRAFÍA EXTREMIDADES INFERIORES Y/O SUPERIORES, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)