

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ANGIOPLASTIA CEREBRAL**

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 el procedimiento 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 del procedimiento 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 Angioplastia Cerebral, consiste en la apertura de un vaso estenótico mediante la acción mecánica de un balón y/o stent, con el objetivo de mejorar el flujo cerebral.

Bajo anestesia local, se realiza una punción en la arteria femoral (en ocasiones es necesario puncionar ambos lados) para colocar un introductor o vaina femoral. A través de esa vaina, se introduce un catéter que se localiza a nivel del cuello en la arteria que presenta la estenosis. Posteriormente se realiza la apertura del vaso comprometido mediante un balón de angioplastia y la colocación de un stent (malla metálica que recubrirá la arteria para mantenerla abierta).

El procedimiento se realiza bajo anticoagulación sistémica con heparina, asociado a anti agregación plaquetaria para disminuir el riesgo de trombosis.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Formación de un coagulo en el interior del stent, que pudiese derivar en la oclusión de la arteria.
- Embolia con oclusión de un vaso a nivel intra cerebral que pudiese causar un infarto cerebral.
- Daño de la pared del vaso arterial al nivel del cuello (disección)
- Hemorragia intra cerebral secundario al aumento del flujo cerebral (reperusión).

La mayor parte de las complicaciones pueden ser resueltas en forma médica, y solo un bajo porcentaje requiere de cirugía u otro procedimiento.

El equipo médico y de enfermería que lo atenderá durante la intervención 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 arterial, frecuencia cardíaca, arritmias, etc. Usted estará permanentemente bajo el control de este equipo. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

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 (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 **Angioplastia Cerebral** 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 ANGIOPLASTIA CEREBRAL, 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)