

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
RADIODIAGNÓSTICA PARA NEURALGIA AL TRIGÉMINO**

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 Neuralgia del Trigémino corresponde a un cuadro clínico de dolor facial crónico de tipo neuropático que afecta al nervio trigémino. Existen distintas opciones terapéuticas para el tratamiento de esta patología entre las que se encuentran fármacos, cirugía y radiocirugía.

El tratamiento ha sido decidido en colaboración por todo el equipo y que será planificado, realizado y vigilado por varios de sus miembros. De forma simultánea o sucesiva, pueden intervenir: médicos, físicos, técnicos y enfermeras.

¿En qué consiste?

El procedimiento consiste en la instalación de un Marco estereotáxico con anestesia local con asistencia de un anestesista más sedación, que será la indicada por el anesestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella, posteriormente a esto el paciente con su marco instalado se traslada a la Unidad de Rayos donde se procede a realizar los estudios Imagenológicos que el equipo de Neuroradiocirugía determine, ya sea RNM, TAC de encéfalo o angiografía cerebral.

Luego de esto el paciente vuelve a la unidad de Neuroradiocirugía donde el equipo realiza la Planificación del tratamiento y posteriormente con su marco instalado se introduce al gamma Knife para la realización del tratamiento cuya duración depende del número de metástasis y de la planificación realizada por el Equipo.

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

El tratamiento con Radiocirugía no influye en la evolución del proceso en otras localizaciones ni disminuye la posibilidad de aparición de otras lesiones.

Actualmente, los índices de control de las crisis dolorosas (con o sin medicación) con este tratamiento son aproximadamente del 75 % transcurrido un año, con variaciones en este porcentaje según la naturaleza de la neuralgia.

Riesgos de la cirugía

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, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Disminución de la sensibilidad facial
- Posibilidad de anestesia y sensaciones anómalas (disestesias)
- Disfunciones en relación al nervio irradiado
- Persistencia de las crisis de dolor.
- En casos muy aislados, que la exposición a radiaciones ionizantes puede producir efecto oncogénico local a largo plazo.
- Si usted es mujer en edad fértil, existen los riesgos de la exposición a radiaciones ionizantes durante el embarazo, tales como el propio tratamiento con Gamma Knife o las pruebas de imagen necesarias para el mismo o la colocación de marcas fiduciales (TAC, Radiología convencional). Y no debe estar embarazada para aceptar dichos procedimientos.

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

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Existen otras alternativas terapéuticas que pueden considerarse dependiendo de las características de cada paciente tales como la gangliolisis y la descompresiva neurovascular.

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 Radiocirugía para Neuralgia al Trigémino** 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 RADIOCIRUGIA PARA NEURALGIA AL TRIGÉMINO, 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)