

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
RADIODIAGNÓSTICA PARA METÁSTASIS CEREBRALES**

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

Las Metástasis Cerebrales corresponden a una localización secundaria de un cáncer que se encuentra en una etapa avanzada y con diseminación a distancia. Existen distintas opciones terapéuticas para el tratamiento de este tipo de lesiones tales como la cirugía, la quimioterapia, la radiocirugía y la radioterapia convencional, así como, combinaciones de estos tratamientos.

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 esterotáxico con anestesia local con asistencia de un anestesista más sedación, que será la indicada por el anesitólogo, 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 la lesión son aproximadamente del 60 % con variaciones en este porcentaje según el tamaño, localización y naturaleza de la misma.

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:**

- Edema
- Cefalea
- Náuseas y/o vómitos
- Caída de cabello local
- Alteraciones neurológicas importantes
- Dermatitis
- Disminución, pérdida o disfunción territorio nervioso afecto.
- En casos muy aislados, que la exposición a radiaciones ionizantes puede producir efecto oncogénico local a largo plazo.
- Si soy una mujer en edad fértil, declaro haber sido informada de los riesgos de la exposición a radiaciones ionizantes durante el embarazo, tales como el propio tratamiento o las pruebas de imagen necesarias para el mismo (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.

Otra alternativa terapéutica, podría ser cirugía abierta, la radioterapia y la quimioterapia.

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 Metástasis Cerebrales** 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 METÁSTASIS CEREBRALES, 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)