

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
RADIODIAGNÓSTICA PARA CAVERNOMATOSIS**

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 Radiocirugía para Cavernomatosis, es un procedimiento que se realiza cuando usted padece de Cavernomatosis Cerebral.

¿En qué consiste?

Consiste en la instalación de un Marco estereotáxico con anestesia local, más sedación, que será la indicada por el anestesiólogo, 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 lesiones y de la planificación realizada por el Equipo.

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.

Excepcionalmente, el día de inicio del tratamiento puede darse alguna circunstancia especial, no previsible previamente, que impida al robot de la Gamma Knife la correcta localización anatómica de las estructuras necesarias para garantizar la precisión del procedimiento (p.ej. osteoporosis importante, sobrepeso, incorrecta visualización de las marcas fiduciaras). Esto conllevaría la suspensión del mismo y su nueva valoración (otras posibilidades de aplicación o la suspensión definitiva).

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 90 % 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, 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.

Otra alternativa terapéutica, podría ser cirugía abierta.

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 Cavernomatosis** 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, CONSTIENTO EN QUE SE ME REALICE LA RADIOCIRUGÍA PARA CAVERNOMATOSIS, 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)