**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA: ARTERIOGRAFIA DE VASOS CEREBRALES**

1. NÚMERO DE CÉDULA/HCU DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | EDAD |
|  |  |  |  |

5. TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospitalización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO (codificación CIE10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO: ARTERIOGRAFIA DE VASOS CEREBRALES**

8. ¿EN QUÉ CONSISTE? Es un procedimiento mínimamente invasivo para diagnosticar obstrucciones en el flujo de sangre que circula por las arterias cerebrales, anomalias vasculares y sitios de sangrado activo. Con el resultado de este estudio se puede planificar el adecuado tratamiento dependiendo de la complejidad anatomica y del caso individual de cada paciente, estos tratamientos pueden ser: trombectomia manual o mecanica, embolizacion con coils, exclusion de aneurismas con coils y/o stents diversores de flujo, cirugia, etc.

9. ¿CÓMO SE REALIZA? La arteriografia cerebral consiste en la introducción de un tubo delgado (catéter) a través de una arteria hasta llegar al nacimiento de las arterias cerebrales. Tras inyectar un líquido de contraste yodado, un equipo especial de rayos x permite ver la luz de estas arterias y determinar dónde hay obstrucciones, anomalias vasculares y sitios de sangrado activo.

Durante el cateterismo, habitualmente el paciente está despierto o bajo anestesia general, esto dependera de cada caso en particular.

10. GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)

 

11. DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN: La duración es aproximada de 1 hora a 1h30 o de acuerdo a la complejidad del caso de cada paciente.

12. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO: conocer con exactitud las enfermedades vasculares cerebrales causadas por anomalias en las arterias.

13. RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES): La arteriografía cerebral es un procedimiento minimamente invasivo, que estadísticamente tiene complicaciones en mínimo porcentaje de pacientes. A pesar del bajo riesgo, este, se incrementa con la edad y fundamentalmente con la severidad de su enfermedad de fondo ya sea cardiológica, cerebral, renal etc. Las complicaciones pueden ser menores o mayores. MENORES: sangrado de la herida, hematomas infección, fiebre, etc.

14. RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES): MAYORES arritmias, evento cerebro vascular, shock, radiodermitis, etc. La edad por encima de 75 años, la diabetes, insuficiencia renal o cardiopatías coronarias y/o valvulares severas incrementan los riesgos. Durante la intervención el paciente recibe radioscopia a fin de lograr la colocación de los dispositivos con el riesgo de afecciones relacionadas a esta exposición, de muy baja incidencia en nuestro medio, además de que la dosis que se administra está constantemente monitorizada evitando de este modo la sobre exposición.

15. DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO: Según la extensión y severidad de las lesiones encontradas, el medico puede sugerir: Tratamiento clínico con dieta y medicamentos.

18. CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: el riesgo de no diagnosticar su enfermedad con exactitud es una posibilidad al no realizar el procedimiento, progresion de la enfermedad de base, eventos cerebro vasculares, muerte.

19. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella**

Nombre de profesional que realiza el procedimiento Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento

**Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía: Firma del representante legal Parentesco:

20. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Fecha: Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella**

Nombre de profesional que realiza el procedimiento Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento

**Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante legal Parentesco:**

**Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo de testigo Cédula de ciudadanía Firma del testigo**

21. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella, según el caso**

**Si el paciente no está en capacidad de firmar la negativa del consentimiento informado:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante legal**