DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA: **ANGIOPLASTIA** CON BALON Y/O STENT DE LAS ARTERIAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

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:** ANGIOPLASTIA CON BALON Y/O STENT DE LAS ARTERIAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

8. ¿EN QUÉ CONSISTE? La angioplastia es un procedimiento para abrir los vasos sanguíneos (arterias) obstruidos u ocluidos que suministran sangre al miembro inferior. Un balon o stent (endoprótesis vasculares) en el primer caso se trata de un pequeño globo (balón) que se infla dentro de una o varias arterias para disminuir el grado de obstruccion y en el segundo caso (stent) es un pequeño tubo de malla metalica que se expande dentro de una de las arterias del miembro inferior.

9. ¿CÓMO SE REALIZA? Antes de que comience el procedimiento de la angioplastia, se le suministrará un analgésico, un medicamento relajante y anticoagulantes para impedir que se formen coágulos de sangre. Usted se acostará sobre una mesa acolchada. El médico introducirá un tubo flexible (catéter) a través de una punción en una arteria. Algunas veces, se colocará el catéter en el antebrazo o en la zona inguinal. Usted estará despierto durante el procedimiento. El médico utilizará imágenes de rayos X en vivo para guiar cuidadosamente el catéter hasta una de las arterias del miembro inferior afectado. Se inyectará un tinte (medio de contraste) en el cuerpo para resaltar el flujo sanguíneo a través de las arterias. Esto le ayuda al médico a ver cualquier obstrucción u oclusión en los vasos sanguíneos que alimentan al miembro inferior. Luego se pasa un alambre guía (cuerda) hasta y a través de la obstrucción u oclusión. Asimismo, se pasa un catéter con un globo (balón) sobre el alambre guía hasta donde está la obstrucción. El globo (balón) que está en el extremo se infla y esto abre el vaso obstruido y se restablece el flujo sanguíneo apropiado al miembro inferior, posteriormente se puede colocar un tubo de malla de alambre (stent) en esta área obstruida. Dicho stent se introduce junto con el catéter y el globo (balón). Este se expande cuando el globo (balón) está inflado. El stent se deja en el lugar obstruido para mantener la arteria abierta.

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 2 horas a 4 horas y es de acuerdo a la complejidad del caso de cada paciente

12. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO: Abrir la arteria obstruida/ocluida y recuperar el flujo adecuado.

13. RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES): COMPLICACIONES: La angioplastia generalmente es segura. Los riesgos de angioplastia con balón y eventual implante de stent son: reacción alérgica al medio de contraste radiográfico, sangrado o coagulación en el área donde se introdujo el catéter, coagulación del interior del stent (trombosis intrastent). Durante la intervención el paciente recibe Rayos X (radioscopia) a fin de lograr la colocación adecuada del dispositivo (stent), 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.

14. RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES): Daño de uno o varios vasos sanguíneo del miembro inferior, necrosis del miembro inferior afectado, insuficiencia renal (el riesgo es mayor en personas que ya tienen problemas renales), latidos cardíacos irregulares (arritmias), accidente cerebrovascular (poco común), embolizacion y muerte.

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, muerte, isquemia arterial periferica critica, necrosis de la extremidad afectada, sepsis, perdida de la extremidad (amputación).

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 lega 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**