


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLÍNICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> Arteriografía Aorto Abdominal y de Extremidades	FL-CDM-69
		Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)**

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**(Representante legal o familiar)**

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO

La arteriografía Abdominal y de Extremidades es uno de los estudios más exactos que se puedan hacer para conocer el estado de su circulación sanguínea.

## EN QUE CONSISTE LA ARTERIOGRAFÍA ABDOMINAL Y DE EXTREMIDADES

Se le pinchará un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle, utilizando anestesia local. A continuación se le introducirá un tubo muy fino (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste), que es el que permite ver las arterias en las radiografías. La duración de la exploración será, aproximadamente, de unos 60 minutos. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo por los hallazgos encontrados para proporcionar un tratamiento más adecuado.

## RIESGOS DE LA ARTERIOGRAFÍA ABDOMINAL Y DE EXTREMIDADES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento.

### Por medio de contraste:

- Leves, como sensación de calor, náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: (4 de cada 10.000 casos) como dificultad para respirar, arritmias cardíacas, convulsiones, insuficiencia renal o pérdida de conciencia.
- Excepcionalmente la muerte (uno de cada 100.000 – 150.000 pacientes).

### Por la técnica que estamos realizando:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Puede sangrar el sitio de la punción (Hematoma)
- Puede soltarse un coágulo y obstruir un vaso a distancia (embolia), que puede requerir intervención urgente (es una complicación muy frecuente).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de éste Centro están disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---


---

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad existen otras exploraciones menos agresivas para estudiar las arterias: (ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética) ninguna de ellas aporta la información equivalente a la obtenida con la arteriografía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLÍNICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> Arteriografía Aorto Abdominal y de Extremidades	FL-CDM-69
		Rev. 03

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

## DECLARO :

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **ARTERIOGRAFÍA AORTO ABDOMINAL Y DE EXTREMIDADES**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ARTERIOGRAFÍA AORTO ABDOMINAL Y DE EXTREMIDADES**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **ARTERIOGRAFÍA AORTO ABDOMINAL Y DE EXTREMIDADES** . asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad , de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## REVOCAACION

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_