

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ARTERIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las enfermedades que afectan a las arterias pueden producir estrechamientos, obstrucciones o dilataciones. Para poder tomar decisiones sobre posibles tratamientos es necesario saber exactamente cómo son las lesiones, donde están localizadas y cómo están el resto de las arterias.

Este procedimiento consiste en hacer unas radiografías con contraste para "obtener un mapa de cómo están las arterias".

Se realiza desde dentro de la arteria con un catéter. Hay que pinchar en la ingle, en la axila o en el brazo para introducirlo.

La anestesia habitualmente es local, en la zona donde se pincha la arteria.

Es necesario utilizar contraste. Es importante que diga si he tenido algún problema alérgico previo con contrastes.

Después de terminar hace falta comprimir fuertemente la zona pinchada y guardar reposo durante horas.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Se pretende conocerla localización y morfología de las lesiones arteriales con el fin de proponerle la mejor forma de reestablecer el flujo sanguíneo en la extremidad o el territorio estudiado.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Me ha informado que como alternativa a esta técnica se pueden realizar otras pruebas (eco-doppler, angioresonancia, angioTAC, etc.), pero la información que se obtiene puede no ser exactamente la misma.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Por pinchar la arteria:

1. Pueden aparecer hematomas.
2. Es posible que se haga una lesión en la arteria o incluso que se rompa. Se producirá un hematoma importante o una hemorragia.
3. Pueden quedar "comunicadas" la arteria y la vena que está a su lado (fistula arterio-venosa).
4. Puede hacerse una dilatación en la zona de la arteria pinchada (pseudoaneurisma).
5. Pueden formarse trombos y hacer que deje de llegar sangre al brazo o la pierna (isquemia). En ocasiones estas complicaciones pueden ser importantes e incluso necesitar una operación posterior, muchas veces de urgencia.

Por el contraste:

1. Pueden producirse reacciones alérgicas, desde leves (picores o enrojecimiento de la piel) hasta muy graves (shock anafiláctico).
2. Puede deteriorar el funcionamiento de los riñones.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Si no realizamos esta prueba no podemos conocer la distribución de su enfermedad, de forma que no podemos plantear ningún tipo de tratamiento de revascularización, por lo que la situación de isquemia persistirá en el tiempo hasta llegar a hacerse irreversible.

RIESGOS FRECUENTES

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Comprendo que aunque la técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación. Pueden ser inesperadas o relacionarse con mi situación general (diabetes, obesidad, hipertensión, cardiopatía, etc.):

Durante el procedimiento pueden producirse situaciones o hallazgos que obliguen a modificar la estrategia que inicialmente me han explicado, o que hagan necesarias otras técnicas.

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA