



La duración de la exploración será, aproximadamente, de 60 minutos. Al finalizar la prueba deberá estar en reposo absoluto 24 horas, con inmovilización de la pierna donde se realizó la punción.

#### **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

En la actualidad, las arterias se pueden explorar mediante Ecografía, Resonancia Magnética o Tomografía Axial Computada, pero ninguna de ellas nos proporciona información exactamente igual que la arteriografía.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

#### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA.**

##### **Por la técnica que estamos realizando:**

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Lesión cerebral pasajera o transitoria (1 de cada 100 pacientes en los que se realiza la prueba).
- Lesión cerebral permanente y muerte, muy infrecuente (1 de cada 5.000 pacientes en los que se realiza la prueba).

##### **Por el medio de contraste:**

*Reacciones alérgicas*, que pueden ser:

- Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves como alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 100.000 pacientes)

##### **Por la exposición a los rayos X:**

Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

#### **RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.**

.....

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

#### **DECLARO**

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de una arteriografía cerebral y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA EXPLORACION

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña.

DNI

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)

Firma

---

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

D./Dña. (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_ de (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha \_\_\_\_\_, para la realización de \_\_\_\_\_ y ( ) deseo/ ( ) no deseo proseguir el tratamiento.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo. Dr/a: \_\_\_\_\_