



La duración de la exploración será aproximadamente de unos 60 minutos. Al finalizar la prueba deberá estar en reposo entre 6 y 24 horas, con inmovilización de la pierna donde se realizó la punción.

### **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

En la actualidad, existen otras exploraciones menos agresivas de estudiar las arterias mediante angioTAC, ecografía doppler o resonancia magnética pero ninguna de ellas nos aporta información equivalente a la obtenida con la arteriografía.

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

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO**

#### **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).
- Suelta de un coágulo con obstrucción de un vaso a distancia (embolia), que puede requerir intervención urgente.
- Lesión del nervio.

#### **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:**

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

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 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./D<sup>a</sup>. (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: \_\_\_\_\_