



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PREVIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO DE ARTERIOGRAFÍA MEDULAR

Identificación del paciente

Nº Historia: DNI:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: F. Nacimiento:

Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.** Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ARTERIOGRAFÍA MEDULAR

Por una parte manifiesto que el Dr./a: _____ del Servicio de RADIOLOGIA VASCULAR e INTERVENCIONISTA me ha informado del procedimiento o la intervención arriba indicada al que voy a ser sometido, de la necesidad de realizarlo, de su idoneidad y, en general, de los riesgos y beneficios de su realización.

La arteriografía medular es una exploración que sirve para ver las arterias de la médula espinal.

Actualmente es uno de los estudios más exactos que se puede hacer para el estudio de las lesiones vasculares medulares.

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 permite ver las arterias en las radiografías.

La duración de la exploración será, aproximadamente, de 180 minutos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, existen otras exploraciones menos agresivas de estudiar las arterias mediante ecografía, Resonancia Magnética o TC, pero ninguna de ellas nos aporta información equivalente a la obtenida con la arteriografía cerebral.

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) o disección 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 de los vasos que van a la médula, pudiéndose producir lesiones medulares, incluso con parálisis permanente. Esta complicación es rara.

Por el medio de contraste (contraste yodado):

- Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente pueden ser muy graves (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.

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 arteriografía medular y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

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



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º
28009 MADRID, +34 689.038.751
WWW.SERVEI.ORG
SECRETARIA@SERVEI.ORG

**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./Dª. (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: _____