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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PREVIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO DE EMBOLIZACIÓN DE ARTERIAS BRONQUIALES

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 Y EMBOLIZACIÓN BRONQUIAL

Por una parte manifiesto que el Dr./a:_____ del Servicio de RADIOLOGIA VASCULAE 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 idoniedad y, en general, de los riesgos y beneficios de su realización.

La arteriografía bronquial es una exploración que sirve para ver las arterias de los bronquios. Actualmente es uno de los estudios más exactos que se puede hacer para conocer la causa y el lugar del sangrado pulmonar (hemoptisis).

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

• 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.

- Si se visualiza el vaso sangrante puede cerrarse para que deje de sangrar.

• La duración de la exploración será, aproximadamente, de 120 minutos. Al finalizar la prueba deberá estar en reposo absoluto 12 -24 horas, con inmovilización de la pierna donde se realizó la punción.

ALTERNATIVAS

En la actualidad, las arterias se pueden explorar mediante Resonancia magnética o TC , pero ninguna de ellas nos proporciona información exactamente igual que la arteriografía. La alternativa al tratamiento del sangrado es la cirugía abierta y la broncoscopia.

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.
- Obstrucción de los vasos que van a la médula (que tienen el mismo origen que las arterias bronquiales), pudiéndose producir lesiones medulares, incluso con parálisis. Esta complicación es muy rara.

Por el medio de contraste (contraste iodado):

- 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.

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.

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

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de arteriografía bronquial y embolización 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 INTERVENCION

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:_____