



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN VASCULAR EN EPIXTASIS

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, de 15 de noviembre de 2002.

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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE EMBOLIZACIÓN VASCULAR EN EPISTAXIS

Se pone de manifiesto que el Dr./a: _____ de Servicio de RADIOLOGIA VASCULAR e INTERVENCIONISTA me ha informado y explicado el procedimiento y/o intervención al que voy a ser sometido y que se resume en:



La epistaxis o sangrado por la nariz, cuando es muy importante y no puede contenerse mediante taponamiento puede ser tratada mediante embolización vascular.

La embolización sirve para tapar los vasos sanguíneos (arterias o venas) que están afectadas por su enfermedad.

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 los vasos sanguíneos en las radiografías. Una vez localizado el sitio exacto del vaso que debe taparse, se introducen sustancias que interrumpen la circulación de la sangre.

La duración de la intervención es, aproximadamente, de 1 a 2 horas.

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

ALTERNATIVAS

En la actualidad, en los hospitales donde no se hace embolización o cuando esta no es posible, la alternativa sería la intervención quirúrgica, ocluyendo los vasos que van hacia la zona

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

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).
- Como consecuencia de la intervención (embolización), se puede presentar malestar, fiebre y dolor que persisten entre 3 y 5 días y suelen ceder con tratamiento médico.
- Obstrucción de vasos en órganos no deseados, que puede conducir a complicaciones graves, fundamentalmente a nivel cerebral, e incluso la muerte.
- La muerte puede producirse en 2 de cada 1.000 pacientes.

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 o sensación de ahogo.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 1.000.000 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 todos los medios médicos y técnicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS:



OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico que le pidió la prueba o al personal de Radiodiagnóstico.

La mayoría de los exámenes no suponen un riesgo para el feto en desarrollo, pero puede haber una pequeña posibilidad de que los rayos X causen alguna enfermedad grave u otra complicación.

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 **EMBOIZACIÓN VASCULAR DE EPISTAXIS** 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

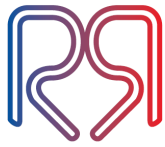
Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma



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

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. (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: _____