

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TROMBOLISIS FARMACOMECHANICA DEL TERRITORIO VENOSO.

Identificación del paciente

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

Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicadad 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 TROMBOLISIS FARMACOMECHANICA DEL TERRITORIO VENOSO Se pone de 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. El procedimiento al que voy a ser sometido se resumen en:

La recanalización vascular es una intervención con la que intentamos solucionar el problema de retorno venoso que padece Vd. en este momento. Usted sufre una oclusión masiva por trombo agudo en las venas de las extremidades superiores o inferiores y/o de la vena Cava Inferior. La situación es grave con riesgo para su vida, riesgo alto de embolia de pulmón y con riesgo de padecer secuelas definitivas importantes.

Se le pinchará un vaso en la ingle utilizando anestesia local. A continuación se le introducirá un tubo (catéter) que llegará a la zona donde está el trombo, para aplicarle en ese lugar, el procedimiento que pueda resolver su enfermedad. Se le inyectará un líquido (medio de contraste) a través del tubo que nos permitirá detectar donde está el trombo.

Le intentaremos resolver la obstrucción de sus vasos con fármacos fibrinolíticos (agentes disolventes de trombos y coágulos) asociado con catéteres que fragmentan, aspiran y disuelven el trombo. En ocasiones puede ser además necesario colocar un stent en la vena afectada para intentar mantener la permeabilidad. Si el problema es en las extremidades inferiores generalmente hay que poner un “paraguas” (filtro de cava) para evitar que los trombos de las piernas lleguen al pulmón.

Este procedimiento durará aproximadamente entre 1 a 3 horas. En ocasiones deberán realizarse controles angiográficos para ir valorando el resultado del tratamiento.

Puede ser necesario en ocasiones el ingreso y vigilancia en UVI durante el tratamiento.

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

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVO

Tratamiento médico mediante anticoagulantes. La NO realización del procedimiento condiciona edema y dolor crónico durante el resto de su vida en la extremidad afectada (Sd. Posttrombótico).

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

Por la técnica realizada:

Riesgos poco frecuentes:

Sangrado por el sitio de la punción (hematoma, pseudoaneurisma).

Lesión en la pared del vaso (trombosis, disección y/o rotura).

Hemorragias en otras zonas del organismo causadas por los fármacos fibrinolíticos.

Embolia de pulmón.

Los riesgos específicos de los fármacos fibrinolíticos son:

Hemorragia interna (hemorragia digestiva, hematoma retroperitoneal...)

Hemorragia cerebral.

Estas complicaciones pueden ocasionalmente llegar a producir la muerte. Teniendo en cuenta la gravedad de estas posibles complicaciones el paciente es vigilado con análisis periódicos para un control exhaustivo de sus parámetros de coagulación y ante el menor síntoma de complicación interrumpir el proceso.

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 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

.....
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.

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 embolización vascular 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

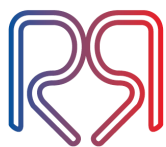
Firma de la paciente

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: _____