

ANGIOGRAFIA CEREBRAL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El Dr. _____ y su equipo ha explicado al paciente o tutor legal la condición médica y las implicancias del procedimiento diagnóstico denominado ANGIOGRAFIA CEREBRAL, que es una modalidad diagnóstica para estudiar la anatomía de los vasos sanguíneos cerebrales mediante una punción de la arteria femoral u otra, con posterior inyección de un medio de contraste iodado intraarterial a través de un catéter en las arterias cervicales que irrigan el cerebro y obtener imágenes de éstas para diagnosticar diversas enfermedades cerebrales.

Riesgos asociados al procedimiento:

Los riesgos asociados al procedimiento incluyen: hemorragias, hematomas e infecciones en el sitio de punción. Reacciones alérgicas al medio de contraste, daño renal por nefrotoxicidad, trombosis o lesión de vasos sanguíneos, accidente cerebro vascular, las que pueden llegar a encontrarse hasta en el 2 % de los casos. La complicación puede ser transitoria o permanente. Entendiendo que existen riesgos de complicaciones que incluso pueden provocar la muerte, lo que puede presentarse hasta en un 0.2 % de los casos.

Mediante la autorización al procedimiento también se autoriza:

- Uso de anestesia general o sedantes dirigidos por un médico anestesista.
- Registro imagenológico de la patología y su archivo.

Firma: _____ RUN: _____
Paciente o representante

Firma: _____ RUN: _____
Médico intervencionista

Fecha: _____ Hora: _____

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,
CONSULTE CON SU MÉDICO**