



POLICLÍNICO CENTRAL – OSUOMRA

HIPOLITO YRIGOYEN 3352. CABA

TE: (011) 4014-6900

CONSENTIMIENTO INFORMADO,

DNI:

Paciente:

Estudio : Embolización de aneurisma cerebral

Fecha :

Por la presente autorizo al Dr
o a sus asociados o asistentes a realizar un tratamiento de Embolización
superselectiva de un aneurisma cerebral, en la arteria

El Dr.

me ha explicado completamente la naturaleza y propósito de este
procedimiento, que consiste en la colocación por vía percutánea desde la ingle
o arteria radial de un catéter y la inserción, a través del mismo, de agentes
embolizantes mecánicos (microcoils de platino) para disminuir el flujo arterial
dentro del aneurisma y la oclusión del mismo.

El Dr.

me han explicado las alternativas (cirugía convencional y tratamiento con
medicamentos), sus ventajas y desventajas, habiendo optado por la técnica
endovascular por propia decisión.

He comprendido las complicaciones que puede causar este tratamiento,
particularmente: complicaciones en el sitio de acceso y sus consecuencias,
embolización en territorio no deseado (medular, ocular, facial, cerebral,
periférico) con las consiguientes consecuencias clínicas (hemi-para-cuadriplejía,
accidente cerebro vascular, afasia, ceguera, lesiones en miembros superiores o
inferiores, necrosis cutánea), rotura del aneurisma durante la Embolización y
sus consecuencias, insuficiencia renal, reacciones anómalas a los medios de
contraste o a los microcoils, insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio
(corazón), arritmias cardíacas, hipotensión, shock, disecciones vasculares,
infección en los sitios de acceso y muerte, entre las más graves.

Reconozco que no se han dado garantías o seguridades respecto de los
resultados que se esperan del procedimiento. También me explicó la
importancia del seguimiento estricto luego del tratamiento, el cual me
comprometo a realizar



POLICLÍNICO CENTRAL – OSUOMRA

HIPOLITO YRIGOYEN 3352. CABA

TE: (011) 4014-6900

CONSENTIMIENTO INFORMADO,

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas competa y satisfactoriamente

Confirmo que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido rellenados antes de haber firmado.

FIRMA DEL PACIENTE

Firma:.

Apellido:

Nombres:

Documento

FAMILIARES DEL PACIENTE

Firma:.

Apellido:

Nombres:.

Documento:

MEDICO:

Firma:

Apellido:



POLICLÍNICO CENTRAL – OSUOMRA

HIPOLITO YRIGOYEN 3352. CABA

TE: (011) 4014-6900

CONSENTIMIENTO INFORMADO,

Nombres:

Matricula Nacional