

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?** És una exploració destinada a l'estudi diagnòstic o terapèutic del vas sanguini (artèries i venes) i dels òrgans irrigats per aquestes. En les persones adultes es realitza habitualment amb anestèsia local, mentre que en edats pediàtriques és imprescindible l'anestèsia general.
- 2. Com es realitza?** S'entra en el sistema vascular a través d'una artèria, habitualment l'artèria femoral. Mitjançant una xicoteta incisió en l'engonal, s'introdueix un catèter en l'artèria que, a continuació, és dirigit fins a la zona d'estudi (artèries del cervell, tòrax, abdomen o membres). Una vegada en el punt adequat, s'injecta contrast per a investigar les característiques de les artèries i venes en aqueixa zona. Si la finalitat és terapèutica, es completa l'exploració utilitzant diferents sistemes que permeten la dilatació de les artèries, quan aquest és l'objectiu, substàncies o materials per a obstruir-les si és la indicació del cas, injecció de fàrmacs que alteren la viscositat de la sang a fi de dissoldre trombes o bé medicacions que actuen sobre processos tumorals. Quan l'exploració és només diagnòstica, l'estada a l'hospital no supera habitualment les 24 hores. Si és terapèutica, necessita un temps major, variable segons la tècnica realitzada.
- 3. Quins són els seus riscos?**

Freqüents: La tècnica no està exempta de complicacions que, a més, poden ser importants. Formació d'un coàgul o trombe en la zona de punció amb oclusió de l'artèria. Trencament vascular en el punt d'injecció amb extravasació sanguínia. Lesions de les parets arterials produïdes pels catèters i guies, en tot el seu recorregut, que provoquen espasmes, obstruccions o trencaments vasculars. Desplaçament, a distància, del material utilitzat per a obstruir o dilatar les artèries. Fugida d'un coàgul a distància (embòlia), que pot requerir una actuació urgent. És una exploració que utilitza radiacions ionitzants (raigs X) amb dosis significatives; per això es procura treballar sempre amb la mínima dosi.

Poc freqüents: Com en qualsevol tècnica en què s'usen contrastos iodats, pot haver-hi reaccions adverses. En la majoria dels casos, són de tipus lleu però, en circumstàncies, poden tindre major transcendència. Poden ser reaccions lleus: consisteixen en efectes desagradables com ara sensació de calor, mal sabor de boca, nàusees, vòmits, picors o urticària, no necessiten tractament i es corregeixen fàcilment amb la medicació adequada. Poden ser també reaccions greus: es corregeixen amb tractament més complex i poden causar algun mal. Dins d'aquestes s'inclou dificultat respiratòria, arrítmia cardíaca, convulsions, insuficiència renal o pèrdua de consciència. La possibilitat d'una reacció d'aquest tipus és del 0,04% (quatre de cada deu mil pacients). Les complicacions mortals són absolutament excepcionals. La seua possibilitat és d'una per cada 100.000-150.000 exploracions. La possibilitat és encara molt menor en edats pediàtriques per no haver-hi sensibilització prèvia.
- 4. Conseqüències previsibles de la realització.** Esbrinar si la causa de la lesió té origen vascular. Investigar si les artèries o venes es veuen compromeses per determinades patologies i intentar reparar la possible patologia vascular mitjançant tècniques especials. Injectar productes en determinades lesions, amb freqüència tumorals, a través dels vasos sanguinis que les vascularitzen. Deixar sense irrigació determinades malformacions o tumors. El tractament pot ser definitiu o només parcial per a permetre, després, una cirurgia més senzilla o menys sagnant. És la tècnica més precisa en la definició de normalitat o alteració dels vasos sanguinis. Resol, a més, des del punt de vista terapèutic, processos malformatius, tumorals o traumàtics sense necessitat de recórrer a la cirurgia.
- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització.** En el cas de l'arteriografia amb finalitats diagnòstiques, es perd informació rellevant per a la presa de decisions. Els procediments vasculars terapèutics es realitzen en uns casos per ser l'opció menys agressiva. En uns altres, per la seua major capacitat per a resoldre la patologia plantejada. Finalment, en un tercer grup, perquè el camp d'actuació és, quirúrgicament, inaccessible. La no-realització obliga a intervencions de major risc, més complexes i, a vegades impossibles.
- 6. Alternatives.** Actualment, ja que es tracta d'una tècnica invasiva, els estudis diagnòstics s'inicien amb alternatives no agressives com són l'ecografia-Doppler, tomografia computada helicoidal (TAC helicoidal) i ressonància magnètica. Però si s'adverteix algun tipus de lesió, existeixen dubtes o es desitja informació més completa, cal passar a l'arteriografia. En el cas de patologia d'artèries i venes, l'única alternativa és la cirurgia, ja que s'utilitza en processos que no es resolen amb tractament mèdic. Quan es tracta d'utilitzar les artèries per a injectar fàrmacs, l'alternativa és l'administració per via oral o intravenosa.
- 7. Riscos en funció de la seua situació.** Aquests riscos poden ser majors en algunes circumstàncies, per la qual cosa és important que advertisca, abans que es realitze l'exploració, si se li ha realitzat en algun moment algun estudi amb contrast iodat i ha tingut qualsevol tipus de reacció. També ha de comunicar al·lèrgies conegudes a altres productes i informar de malalties que puguin agreujar el procés, com una insuficiència renal, asma o malalties del cor.

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP		DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--	--------------	--	-----	---	--------------------------------

PROFSSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--	--------------	--	--	--

DECLARE que: / DECLARO que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / Por tanto:

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*