

Formular de Consimțământ Informat pentru efectuarea investigației angiografice în scop diagnostic și/sau terapeutic

Subsemnatul B.i./C.I.

în calitate de pacient/ membru al familiei/ aparținător al pacientului

Cunoscând gravitatea bolii de care sufăr, declar că sunt conștient de riscurile pe care le presupun explorările invazive. Cu toate acestea, dată fiind importanța suferinței, accept efectuarea investigației angiografice – arteriografie cerebrală și/sau tehnici intervenționale de tratament – angioplastie, embolizare.

Natura și scopul intervenției, metodele alternative de diagnostic și tratament, cât și riscurile implicate mi-au fost explicate din plin. Sunt pe deplin conștient de amploarea explorărilor invazive (arteriografie, angioplastie, embolizare), de riscurile și complicațiile intraoperatorii posibile. Am fost informat de riscul general cumulat al procedurii diagnostice (infarct miocardic, accident vascular cerebral, sângerare majoră, deces) de sub 5/1000. De asemenea am fost informat despre riscul general al procedurii terapeutice, care este sub 5/1000.

Cunosc riscul expunerii la radiații ionizante, care în cazul unei angiografii este echivalent cu expunerea obișnuită în aerul atmosferic pe o perioadă de doi ani.

Consimt la administrarea anesteziei și la folosirea altor medicamente sau dispozitive care sunt necesare. În cazul în care în decursul operației apar situații neprevăzute anterior ce necesită procedee chirurgicale adiționale sau diferite de cele expuse, îl autorizez pe medicul operator să facă ceea ce consideră necesar.

Semnătura pacient/membru al familiei/ aparținător

Data