**Consimțământ informat pentru tratamentul endovascular în accidentul vascular cerebral ischemic acut**

**1. Descrierea procedurilor ce vor fi efectuate**

**În ce constă tratamentul endovascular?** Simptomele bolii dumneavoastră (accident vascular cerebral) sunt cauzate de un cheag de sânge (tromb) ce blochează circulația sângelui în una dintre arterele ce transportă sângele către creier, acest blocaj putând duce la leziuni cerebrale ireversibile și invalidante în cazul în care circulația sângelui la acest nivel nu este restabilită cât mai curând posibil. Tratamentul pe care îl vom efectua constă în extragerea sau dizolvarea acestui tromb ceea ce poate duce la recanalizarea arterei afectate.

**Cum se realizează?** Se introduce un cateter prin artera femurală până la nivelul arterelor cerebrale. La locul ocluziei arteriale se va extrage trombul cu un dispozitiv de extracție și/sau se va administra tratament trombolitic. Acest dispozitiv de extracție va fi introdus de mai multe ori în interiorul trombului până când se va obține recanalizarea arterială, până când se va considera că s-a obținut beneficiul tehnic maxim posibil. Este posibil să fie necesară administrarea de sedative sau chiar de anestezice. După finalizarea acestui tratament veți fi internat în Unitatea de Accidente Vasculare Cerebrale Acute sau dacă starea dumneavostră clinică o va impune în Secția de Terapie Intensivă pentru urmărire clinică și tratament medicamentos adecvat, respectiv în funcție de caz în cazul în care ați fost transferat pentru procedură este posibil să fiți retransferat în spitalul trimițător.

**Unde se realizează?** În sala de radiologie intervențională a spitalului.

**Cât durează?** Aproximativ două ore, din momentul în care veți intra în sală până când se finalizează complet procedura și starea dumneavostră clinică va fi stabilă.

**2. Obiectivul procedurilor ce urmează a fi efectuate**

Scopul efectuării acestor proceduri este de a restabili fluxul de sânge în zonele din creier care au fost afectate. Beneficiul pe termen scurt și lung constă într-o mai bună ameliorare clinică și diminuarea sechelelor asociate accidentului vascular cerebral.

**3. Ce riscuri are tratamentul?**

* Hemoragie cerebrală, hemoragie la locul puncției arteriale
* Disecție arterială intra/extracraniană. Ruptură arterială intra/extracraniană
* Accentuarea obstrucției arteriale sau obstrucția unei artere situate în aval
* Complicații asociate anesteziei
* La pacienții cu vârste mai înaintate riscul de complicații este mai mare, iar șansa de a obține rezultate favorabile este mai mică.

Aceste complicații apar în general la < 5% din cazuri.

**4. Ce alte opțiuni de tratament există?**

La acest moment această opțiune de tratament este cea mai adecvată pentru afecțiunea dumneavoastră.

**5. Consimțământ**

Prin acest document solicităm consimțământul dumneavoastră pentru a realiza procedurile descrise și pentru a utiliza ulterior datele clinice și paraclinice relaționate cu aceste proceduri, înscrise în foaia dumneavostră de observație, în scop științific, cu respectarea anonimatului dumneavoastră.

**6. Declarații și semnături**

Dacă aveți nevoie de mai multe informații înainte de a semna acest document nu ezitați să ne întrebați.

**Declarația pacientului**

D-ul/D-na ………………………………………………………………. cu BI/CI …………………………………………………

Mi-au fost oferite suficiente informații cu privire la intervenția ce urmează a fi realizată, fiindu-mi explicate riscurile, complicațiile și alternativele; am înțeles aceste riscuri și complicații și am avut suficient timp să mă gândesc la decizia mea. Sunt mulțumit/ă de explicațiile de mi-au fost oferite. Îmi dau consimțământul de a fi supus acestor tehnici intervenționale de medicul responsabil. Ofer acest consimțământ de formă liberă, fiind conștient/ă că îl pot retrage înainte de ințierea procedurii, dacă așa voi considera oportun, fără ca acest lucru să aibă repercursiuni asupra calității actelor medicale ulterioare.

Știiind că sunt tratat într-un spital universitar, sunt de acord/ nu sunt de acord ca datele clinice, imagistice sau materialul biologic rezultat în urma acestei intervenții să fie utilizat în scop științific.

Semnătura pacientului ……………………………………………………………. Data ……………………………………………….

**Declarația membrilor familiei, aparținătorilor și martorilor**

Pacientul …………………………………………………………… nu are capacitatea de a decide în acest moment.

Subsemnatul ……………………………………………cu BI/CI ………………….., în calitate de ………………………………… am fost informat/ă cu privire la intervenția ce urmează a fi efectuată. Prin urmare, consimt de formă liberă ca aceasta să fie efectuată, fiind conștient/ă că imi pot retrage acest consimțămând dacă așa voi considera oportun.

Semnătura …………………………………………………………………………….. Data ……………………………………………….

**Declarația medicului neurolog**

Dr. ……………………………………………………………. am informat pacientul și/sau familia acestuia cu privire la scopul și procedura tehnică a intervenției ce urmează a fi efectuate, explicându-le riscurile, beneficiile și alternativele posibile.

Semnătura medicului neurolog ……………………………………………………….. Data …………………………………………

**Declarația medicului neuro- intervenționist**

Dr. ……………………………………………………………. am informat pacientul și/sau familia acestuia cu privire la scopul și procedura tehnică a intervenției ce urmează a fi efectuate, explicându-le riscurile, beneficiile și alternativele posibile.

Semnătura medicului neuro-intervenționist………………………………………………………….. Data ………………………………

**Declarația medicului ATI**

Dr. ……………………………………………………………. am informat pacientul și/sau familia acestuia cu privire la scopul și procedura tehnică a intervenției ce urmează a fi efectuate, explicându-le riscurile, beneficiile și alternativele posibile.

Semnătura medicului ATI ………………………………………………………….. Data ………………………………………