**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/suferă, declar că sunt conștient de riscurile pe care le presupun explorările invazive arteriale. Cu toate acestea, accept efectuarea investigației angiografice în scop diagnostic și/sau terapeutic – angiografie cerebrală și/sau tehnici intervenționale de tratament.

Natura și scopul intervenției, metodele alternative de diagnostic și tratament, și riscurile implicate mi-au fost explicate. Sunt pe deplin conștient de amploarea explorărilor invazive (angiografie cerebrală, embolizare anevrismală prin tehnica de coiling, coiling cu balon sau stent, embolizare cu dispozitive intrasaculare, embolizare cu dispozitive de tip flow-diverter), 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 1%. De asemenea am fost informat despre riscul general al procedurii terapeutice și despre faptul că acesta poate să varieze în funcție de tehnica aleasă. Pentru procedurile endovasculare în cazul unei hemoragii subarahnoidiene determinată de ruperea unui anevrism intracerebral riscul de morbi-mortalitate neurologică este urmatorul :

* Coiling simplu si cu balon 2-5%
* Montare de dispozitive endosaculare 2-4%
* Proceduri cu implantare de stent in acut (până la 20%)

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 proceduri chirurgicale adiționale sau diferite de cele expuse, îl autorizez pe medicul operator să facă ceea ce consideră necesar.

**Nume, prenume pacient** **Nume, prenume medic neurointervenționist**

Semnătura pacient ………….................... Semnătura ………...........................................

Data....................................................... Data.............................................................

**Nume, prenume membru al familiei/ aparținător**

Semnătura ………...................................................

Data …..................................................................