

FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTOS **INFORMADOS DE LA SECP**

• PRÓLOGO

El progreso científico y técnico de la Medicina, junto con el continuo aumento de la demanda y calidad de la asistencia sanitaria, son los factores que imponen los cambios en la organización de la asistencia médica de nuestro tiempo, que debe compaginar la posibilidad de ofrecer a la sociedad los beneficios de una medicina cada vez más eficaz, combinada con los recursos económicos limitados que disponemos en nuestro país.

La Sociedad española ha evolucionado positivamente en el último cuarto del siglo xx con grandes cambios económicos, sociales y culturales que están teniendo gran influencia de manera cuantitativa y cualitativa sobre la asistencia sanitaria y la relación médico-enfermo.

Los cambios sociales han abocado a un proceso de emancipación de los pacientes y, asimismo, al reconocimiento jurídico de la autonomía moral de las personas para tomar decisiones sobre su vida, su salud y su propio cuerpo.

En la relación médico-enfermo actual, debe sentarse como premisa general que todo paciente y/o representante legal tiene derecho a que se le informe de su enfermedad y de las circunstancias relevantes que ésta implica. La información en términos asequibles en la relación asistencial, es un deber ineludible del profesional y debe constituir una parte indispensable del acto médico.

Es importante enfatizar que la Historia Clínica del paciente es el lugar idóneo para registrar todos los procesos de información y consentimientos habidos en la relación clínica. Los profesionales debemos incluir diariamente en la hoja de evolución clínica los comentarios y anotaciones de la evolución clínica del paciente, así como lo hablado con el paciente y/o representante legal. Esto, además de constituir un signo de calidad asistencial, tiene valor probatorio a efectos jurídicos.

El consentimiento informado debe entenderse como un proceso gradual y continuado que se realiza en el seno de la relación médico-enfermo, mediante el cual el paciente o su representante legal recibe del médico la información precisa, suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntaria y de forma activa en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

En nuestra experiencia, entendemos que una información completa y veraz en un clima de empatía y confianza, constituye el mejor aval en la relación médico-

enfermo.

La Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de Abril) en su artículo 10, apartado 10.5 dictamina que todos los pacientes tienen derecho a *“que se dé en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”*. Asimismo, en su apartado 10.6 dictamina que todos los pacientes tienen derecho *“a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos: a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública. b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas. c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.*

Basada en la exposición anterior, la Junta Directiva de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica entendió la necesidad de elaborar unos formularios de consentimientos informados específicos para los procesos de Cardiología Pediátrica y cardiopatías congénitas de pacientes hasta los 18 años de edad (para los procedimientos en pacientes adultos, recomendamos los formularios editados por la Sociedad Española de Cardiología en “Guías de práctica clínica de la SEC”).

Los formularios tienen como objetivo realizar una información excelente, unitaria y uniforme al paciente y/o representante legal de su proceso, así como proporcionar a los profesionales una protección en caso de denuncia judicial.

Los formularios han sido elaborados por dos Grupos de Expertos de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica, que han seguido las líneas generales de los editados por la SEC para pacientes adultos.

El primer Grupo [Dres: A. Descalzo (coordinador), F. Benito, R. Bermúdez-Cañete, P. Malo y F. Rueda] han elaborado los documentos referentes a: Estudios Electrofisiológicos (diagnósticos y terapéuticos), Cateterismos cardíacos (diagnósticos y terapéuticos), Implantación de marcapasos transitorios y Cardioversión eléctrica.

El segundo Grupo [Dres: J. Grueso (coordinadora), F. Campo, I. Izquierdo, R. Perich y C. Ruiz-Berdejo] han confeccionado los documentos correspondientes a: Ecocardiografía transesofágica, Sedación y contraste endovenoso para Ecocardiografía, Prueba de Mesa basculante y Ergometría.

La Junta Directiva de la SECP quiere hacer constar su agradecimiento a todos los autores por su esfuerzo y colaboración desinteresada.

Los documentos figuran elaborados en dos páginas, la primera explicando el procedimiento en sí, así como sus posibles complicaciones y alternativas, y la segunda que recoge el consentimiento dado para realizar dicho proceso con las firmas correspondientes. Recomendamos que se impriman en una sola hoja por las dos caras con el fin de contener el documento completo y evitar la pérdida de alguna de las dos partes. Los documentos deben quedar depositados en la Historia Clínica del paciente.

En total se han realizado 13 documentos, los cuales han sido revisados desde el punto de vista jurídico por el Gabinete de Abogados "Auditing" de Barcelona y cuentan con el visto bueno final del Comité Ejecutivo de la S.E.C. P.. Así pues, reflejan la posición actual de dicha Sociedad Científica.

La SECP no pretende que estos documentos sean una obligación de uso para sus socios y demás profesionales dedicados a las cardiopatías congénitas, pero sí recomienda su uso con el fin de proporcionar a todos los pacientes del Estado Español una información clara, uniforme y unitaria. Cada Servicio o Unidad puede incorporar su nombre así como el del Centro sanitario correspondiente.

La Junta Directiva de la SECP espera y desea con esta publicación ayudar a los profesionales en su quehacer diario con los pacientes afectos de cardiopatías congénitas.

Dr. J. Santos de Soto.
Presidente SECP.

• **Acceso a consentimientos:**  documentos en pdf

- [Ablación Endocárdica por Catéter](#)
- [Angioplastia, Valvuloplastia](#)
- [Atrioseptostomía con balón y/o cuchilla](#)
- [Cardioversión Eléctrica](#)
- [Cateterismo Cardíaco Diagnóstico](#)
- [Cierre Ductus - CIA - CIV- Vasos anómalos](#)
- [Ecocardiografía con Sedación](#)
- [Ecocardiografía Transesofágica](#)

- [Estudio Electrofisiologico Diagnóstico](#)
 - [Implantacion Marcapaso Transitorio](#)
 - [Prueba de Esfuerzo Convencional. Ergometría](#)
 - [Prueba de Mesa Basculante](#)
 - [Uso Contraste Intravenoso en Ecografía](#)
-

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ABLACIÓN ENDOCÁRDICA POR CATÉTER

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **ABLACIÓN ENDOCÁRDICA POR CATÉTER** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UN TIPO DE TRATAMIENTO APLICABLE A PACIENTES QUE TIENEN DETERMINADAS ALTERACIONES DEL RITMO DEL CORAZÓN (ARRITMIAS), DIAGNOSTICADAS MEDIANTE UN ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO.

2- ¿PARA QUE SIRVE?

PERMITE LESIONAR LOS FOCOS PRODUCTORES DE ARRITMIAS CON UNA CORRIENTE DE ENERGÍA DE BAJO VOLTAJE (RADIOFRECUENCIA), CON OBJETO DE ELIMINAR DICHAS ARRITMIAS O SUS CONSECUENCIAS PERJUDICIALES.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA ESTANDO EL PACIENTE EN AYUNAS Y TUMBADO. SE LE APLICA SEDACIÓN PROFUNDA Y ANESTESIA LOCAL O ANESTESIA GENERAL (A VECES CON INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL), PARA QUE NO RESULTE DOLOROSO. A TRAVÉS DE LAS VENAS O ARTERIAS DE LA ZONA (INGLE, AXILA, CUELLO, ETC.), SE INTRODUCEN VARIOS CATÉTERES (CABLES MUY FINOS LARGOS Y FLEXIBLES), DIRIGIÉNDOLOS HASTA EL CORAZÓN MEDIANTE CONTROL POR RAYOS X. LOS CATÉTERES SIRVEN PARA REGISTRAR PERMANENTEMENTE LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN DESDE SU INTERIOR, PERO TAMBIÉN SIRVEN COMO MARCAPASOS CUANDO SE CONECTAN A UN APARATO ESTIMULADOR EXTERNO. ADEMÁS, EN ESTE PROCEDIMIENTO LO QUE SE INTENTA ES PRODUCIR UNA LESIÓN SIMILAR A UNA QUEMADURA (ABLACIÓN) EN LOS PUNTOS CAUSANTES DE LA ARRITMIA. LA DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ES VARIABLE, DEBIENDO PERMANECER EL PACIENTE EN CAMA VARIAS HORAS DESPUÉS. SE CONSIGUE LA SUPRESIÓN TOTAL DE LA ARRITMIA O LA MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS EN EL 90% DE LOS CASOS.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

ESTA PRUEBA, GENERALMENTE, CURSA SIN COMPLICACIONES. LA MAYORÍA DE LAS VECES SÓLO HABRÁ UNA LEVE MOLESTIA EN LA ZONA DE PUNCIÓN O LA APARICIÓN DE UN HEMATOMA QUE SE REABSORBERÁ, CASI SIEMPRE, ESPONTÁNEAMENTE. MUY RARAS SON OTRAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO (FLEBITIS, TROMBOSIS VENOSA O ARTERIAL, HEMORRAGIA QUE PRECISE TRANSFUSIÓN, PERFORACIÓN CARDÍACA CON TAPONAMIENTO, EMBOLIA PULMONAR O SISTÉMICA, ETC.), SI BIEN ALGUNAS DE ELLAS SON GRAVES Y REQUIEREN ACTUACIÓN URGENTE (1 POR 100); ES EXCEPCIONAL EL RIESGO DE MUERTE (1-3 POR 1.000). EN OCASIONES PUEDE SER IMPRESCINDIBLE RECURRIR A UN CHOQUE ELÉCTRICO PARA RESOLVER UN PROBLEMA SÚBITO; O, POR EL CONTRARIO, COLOCAR UN MARCAPASO (PERMANENTE O TRANSITORIO) ANTE EL BLOQUEO AGUDO DE LA CONDUCCIÓN CARDIACA.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER, DADA LA SITUACIÓN CLÍNICA Y LAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES DEL PACIENTE SON:

.....

EN EL ACTUAL ESTADO CLÍNICO LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO, SE LE INDICA LA CONVENIENCIA DE QUE LE SEA PRACTICADO. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTA PRUEBA ESTÁ INDICADA PREFERENTEMENTE EN SU CASO.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ANGIOPLASTIA, VALVULOPLASTIA, PRÓTESIS VASCULAR CON CATÉTER-BALÓN.

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **ANGIOPLASTIA. VALVULOPLASTIA. PROTÉSIS VASCULAR CON CATÉTER-BALÓN** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA FORMA DE TRATAMIENTO APLICABLE A PACIENTES QUE TIENEN UNA ESTRECHEZ (ESTENOSIS) CONGÉNITA O ADQUIRIDA DE ALGUNA VENA, ARTERIA O VÁLVULA DEL CORAZÓN.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

PERMITE REDUCIR O SUPRIMIR ESTA ESTRECHEZ DILATÁNDOLA, A FIN DE FACILITAR EL PASO DE LA SANGRE POR LA MISMA Y MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DEL CORAZÓN.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA ESTANDO EL PACIENTE EN AYUNAS Y TUMBADO. SE LE APLICA SEDACIÓN PROFUNDA Y ANESTESIA LOCAL O ANESTESIA GENERAL (A VECES CON INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL), PARA QUE NO RESULTE DOLOROSA. SE INTRODUCEN CATÉTERES (TUBOS DE PLÁSTICO MUY FINOS, LARGOS Y FLEXIBLES) A TRAVÉS DE LAS ARTERIAS Y VENAS DE LA ZONA (INGLE, AXILA, CUELLO, ETC.) DIRIGIÉNDOLAS HASTA EL CORAZÓN O ZONA DE LA ESTRECHEZ, MEDIANTE CONTROL POR RAYOS X. UNA VEZ ALLÍ SE MIDEN LAS PRESIONES Y EL FLUJO SANGUÍNEO.

SE INYECTA CONTRASTE RADIOLÓGICO PARA CONOCER Y MEDIR LA ZONA Y TAMAÑO DE LA ESTRECHEZ Y DE LAS CAVIDADES CARDÍACAS. A NIVEL DE LA ESTENOSIS SE COLOCA UN CATÉTER QUE TIENE UN GLOBO ALARGADO EN SU EXTREMO; AL INFLAR ÉSTE A PRESIÓN, SE DILATA LA VÁLVULA AFECTADA (VALVULOPLASTIA) O LA ZONA ESTRECHA VASCULAR (ANGIOPLASTIA). ESTA MANIOBRA PUEDE REPETIRSE. EN OCASIONES ES PRECISO COLOCAR DENTRO DE LA LUZ ARTERIAL O VENOSA UN TUBO O UNA MALLA METÁLICA EXPANDIBLE (PRÓTESIS VASCULAR O STENT) QUE SOPORTE LAS PAREDES DEL VASO Y MANTENGA ABIERTA LA ARTERIA O VENA. SE VUELVEN A MEDIR LAS PRESIONES Y EL FLUJO DE SANGRE A SU TRAVÉS PARA COMPROBAR LOS RESULTADOS.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

ESTA INTERVENCIÓN GENERALMENTE CURSA SIN COMPLICACIONES, AUNQUE CONLLEVA UNOS RIESGOS DE REACCIONES ALÉRGICAS, SANGRADO, HEMATOMA EN LA ZONA DE PUNCIÓN, ARRITMIAS, FORMACIÓN DE COÁGULOS DE SANGRE, DAÑO CEREBRAL, ROTURA DEL VASO, EMBOLIZACIÓN DEL STENT AL SITIO NO DESEADO, ETC. Y EN ALGUNOS CASOS LA MUERTE.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER, DADA SU SITUACIÓN CLÍNICA Y SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES, SON:

TAMBIÉN SE ME EXPLICA QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO PUEDEN APARECER SITUACIONES INESPERADAS QUE REQUIERAN ACTUACIONES ADICIONALES COMO LA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE.

EN SU ACTUAL ESTADO CLÍNICO, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO, SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO SE LE INDICA LA CONVENIENCIA DE QUE LE SEA PRACTICADO. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5.- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTE TRATAMIENTO ESTÁ INDICADO PREFERENTEMENTE EN ESTE CASO COMO ALTERNATIVA DE CIRUGÍA.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ATRIOSEPTOSTOMIA CON BALÓN Y/O CUCHILLA

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **ATRIOSEPTOSTOMÍA CON BALÓN Y/O CUCHILLA** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UN TIPO DE TRATAMIENTO APLICABLE A PACIENTES CON ENFERMEDADES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS, Y EN LOS QUE SE PRECISA LA REALIZACIÓN DE UNA COMUNICACIÓN EN UN TABIQUE QUE SEPARA DOS CAVIDADES (AURÍCULAS) QUE EXISTEN DENTRO DEL CORAZÓN.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

ES UN PROCEDIMIENTO PALIATIVO QUE HACE TOLERABLE EL FUNCIONAMIENTO DEL CORAZÓN A PESAR DE LA EXISTENCIA DE UNA SITUACIÓN LÍMITE, QUE PUEDE SER SECUNDARIA A UN GRUPO DIVERSO DE ENFERMEDADES: 1) SITUACIONES QUE IMPIDAN UN CORRECTO FLUJO DE LA SANGRE DENTRO DEL CORAZÓN; 2) ANOMALÍAS DE LOS VASOS QUE SALEN DEL CORAZÓN; 3) ANOMALÍAS DE LOS VASOS QUE LLEGAN AL CORAZÓN; 4) HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA REFRACTARIA.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

EL PACIENTE ESTARÁ EN AYUNAS Y TUMBADO. SE UTILIZA ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN PROFUNDA CON FÁRMACOS PARA QUE NO RESULTE DOLOROSA, ESTO PUEDE PRODUCIR DISMINUCIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO POR LO QUE A VECES ES NECESARIO INTUBAR PARA MANTENER UNA VENTILACIÓN MECÁNICA ARTIFICIAL (COLOCAR UN TUBO EN LA GARGANTA PARA AYUDAR A RESPIRAR). LA ZONA DE PUNCIÓN ES VARIABLE (GENERALMENTE LA INGLE O EL OMBLIGO) Y A VECES, PUEDE SER NECESARIA UNA PEQUEÑA INCISIÓN EN LA PIEL PARA ACCEDER A LAS VENAS. A TRAVÉS DE ELLAS SE INTRODUCEN CATÉTERES (TUBOS DE PLÁSTICO MUY FINOS, LARGOS Y FLEXIBLES), DIRIGIÉNDOLOS HASTA EL CORAZÓN MEDIANTE CONTROL POR RADIOCOPIA O ECOCARDIOGRAFÍA. LA COMUNICACIÓN QUE SE QUIERE CREAR SE CONSIGUE MEDIANTE EL INFLADO DE UN BALÓN SITUADO EN EL EXTREMO DE ESTOS CATÉTERES Y SU RETIRADA BRUSCA. EN OCASIONES ES NECESARIO LA REALIZACIÓN DE DILATACIONES CON BALONES PROGRESIVAMENTE MAYORES, MODIFICADOS (BALÓN CON CUCHILLA) O LA UTILIZACIÓN DE MATERIAL ESPECÍFICO COMO CATÉTERES CON UN MECANISMO DE CUCHILLA. DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO Y DE COMPROBAR SU EFICACIA, SE RETIRAN LOS CATÉTERES Y SE COMPRIME EL SITIO DE PUNCIÓN, PARA QUE CIERRE ESPONTÁNEAMENTE Y ASÍ EVITAR QUE SANGRE (SI SE EFECTUÓ LA PRUEBA MEDIANTE DISECCIÓN DE LA PIEL Y DEL VASO SE SUTURARÁ LA HERIDA). DURANTE LA EXPLORACIÓN SE CONTROLA PERMANENTEMENTE EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y SE MONITORIZA SU FRECUENCIA CARDIACA Y LA TENSIÓN ARTERIAL. LA DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ES VARIABLE, SEGÚN EL TIPO DE ENFERMEDAD O SEGÚN CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DEL PACIENTE.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES SE REFIEREN A: 1) LESIONES MENORES EN LAS VENAS DE ACCESO: SANGRADO (HEMATOMA), OCLUSIÓN (TROMBOSIS) E INFLAMACIÓN (FLEBITIS), Y 2) ARRITMIAS, GENERALMENTE TRANSITORIAS Y SIN NECESIDAD DE TRATAMIENTO. LAS COMPLICACIONES TÍPICAS MÁS GRAVES, AUNQUE POCO FRECUENTES SON: ARRITMIAS GRAVES, MUERTE, EMBOLIA AÉREA, PERFORACIÓN CARDIACA, LESIÓN INTRACARDÍACA (DAÑO VALVULAR TRICUSPÍDEO O MITRAL), ROTURA DE CATÉTERES O IMPOSIBILIDAD DE RETRAER LA CUCHILLA. PUEDE OCURRIR QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO SE NECESITE TRANSFUNDIR HEMODERIVADOS ("TRANSFUSIÓN DE SANGRE"). EN CUALQUIER CASO EL RIESGO DE LAS DISTINTAS COMPLICACIONES VARÍA EN FUNCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE BASE OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER, EN SU CASO SON.....

EN SU ACTUAL ESTADO CLÍNICO, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTA PRUEBA SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO SE LE INDICA LA CONVENIENCIA DE QUE LE SEA PRACTICADA. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTA PRUEBA ESTÁ INDICADA PREFERENTEMENTE EN SU CASO.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO , NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN A DICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL*

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____
HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____
HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA FORMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON DETERMINADAS ALTERACIONES DEL RITMO CARDÍACO (ARRITMIAS).

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

PERMITE DEVOLVER AL CORAZÓN SU RITMO REGULAR NORMAL, SUPRIMIENDO LA ARRITMIA QUE TENÍA Y SUS CONSECUENCIAS PERJUDICIALES. GENERALMENTE SE EFECTÚA CON CARÁCTER ELECTIVO.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA CON EL PACIENTE EN AYUNAS Y TUMBADO, BAJO LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA GENERAL O MEDIANTE SEDACIÓN PROFUNDA PARA QUE EL PROCEDIMIENTO NO SEA DOLOROSO. ESTO PUEDE PRODUCIR DISMINUCIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO POR LO QUE A VECES ES NECESARIO INTUBAR, PARA MANTENER UNA VENTILACIÓN MECÁNICA ARTIFICIAL (COLOCAR UN TUBO EN LA GARGANTA PARA AYUDAR A RESPIRAR). SE EXTIENDE UN GEL SOBRE LAS PALETAS DEL APARATO DESFIBRILADOR, Y SE APLICAN ÉSTAS EN LA PARED ANTERIOR DEL TÓRAX MÁS PRÓXIMA AL CORAZÓN. SE SUMINISTRAN UNA O VARIAS DESCARGAS ELÉCTRICAS ("CHOQUES"), BREVES PERO DE CIERTA POTENCIA, PARA INTENTAR LOGRAR LA DESAPARICIÓN DE LA ARRITMIA. DURANTE EL PROCEDIMIENTO SE CONTROLA PERMANENTEMENTE EL ELECTROCARDIOGRAMA.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

PUEDE EXISTIR IRRITACIÓN E INCLUSO LEVE QUEMADURA DE LA ZONA DE LA PIEL DONDE SE APLICÓ LA DESCARGA. LA ADMINISTRACIÓN DE HIPNÓTICOS, SEDANTES Y RELAJANTES MUSCULARES NO SUELE PLANTEAR PROBLEMAS DURANTE EL DESPERTAR. ES MUY RARO UN ACCIDENTE EMBÓLICO, YA QUE EL PACIENTE RECIBE MEDICAMENTOS PARA DISMINUIR LA COAGULACIÓN DE SU SANGRE. OCASIONALMENTE PUDIERAN PRESENTARSE OTROS TRASTORNOS DEL RITMO GRAVES Y SÚBITOS QUE REQUIERAN CHOQUE ELÉCTRICO INMEDIATO, SIENDO EXCEPCIONAL LA IMPLANTACIÓN URGENTE DE MARCAPASOS.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER, DADA SU SITUACIÓN CLÍNICA Y SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES SON:

EN SU ACTUAL ESTADO CLÍNICO, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO SE LE INDICA LA CONVENIENCIA DE QUE LE SEA PRACTICADO. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5. ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTE TRATAMIENTO ESTÁ INDICADO DE MODO PREFERENTE EN SU CASO.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO **CATETERISMO CARDÍACO DIAGNÓSTICO**

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **CATETERISMO CARDÍACO DIAGNÓSTICO** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA PRUEBA DIAGNOSTICA QUE SE REALIZA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS DEL CORAZÓN, DE LAS VENAS QUE RECIBE O DE LAS ARTERIAS QUE SALEN DEL MISMO.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

PERMITE CONOCER LA ANATOMÍA Y FUNCIÓN DEL CORAZÓN Y DE LOS GRANDES VASOS, VALORAR LA EXISTENCIA DE ANOMALÍAS Y LESIONES, Y DEFINIR LA GRAVEDAD DE LAS MISMAS. SE OBTIENEN IMÁGENES DE DICHAS ESTRUCTURAS MEDIANTE RAYOS X Y LA INYECCIÓN DE UN CONTRASTE YODADO.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA ESTANDO EL PACIENTE EN AYUNAS, TUMBADO Y CON SEDACIÓN PROFUNDA Y ANESTESIA LOCAL O CON ANESTESIA GENERAL, PARA QUE NO RESULTE DOLOROSA, ESTO PUEDE PRODUCIR DISMINUCIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO POR LO QUE A VECES ES NECESARIO INTUBAR, PARA MANTENER UNA VENTILACIÓN MECÁNICA ARTIFICIAL (COLOCAR UN TUBO EN LA GARGANTA PARA AYUDAR A RESPIRAR).

SE INTRODUCEN CATÉTERES (TUBOS MUY FINOS LARGOS Y FLEXIBLES) A TRAVÉS DE UNA VENA Y/O ARTERIA. SE COLOCAN POR PUNCIÓN (EN OCASIONES ES NECESARIA UNA PEQUEÑA INCISIÓN DE LA PIEL) DE UNA VENA DE LA INGLE, BRAZO, CUELLO O DEBAJO DE LA CLAVÍCULA Y/O DE UNA ARTERIA DE LA INGLE O BRAZO. PREVIAMENTE SE APLICA ANESTESIA LOCAL DE LA ZONA, SI SE HACE CON SEDACIÓN. LOS CATÉTERES SE DIRIGEN HASTA EL CORAZÓN Y LOS GRANDES VASOS CON CONTROL POR RADIOSCOPIA (RAYOS X), TOMANDO A SU TRAVÉS MUESTRAS DE SANGRE PARA ANALIZAR SU CONTENIDO DE OXIGENO Y REGISTRANDO LAS PRESIONES EN LAS DISTINTAS CAVIDADES. POSTERIORMENTE SE INYECTA UN CONTRASTE RADIOPACO, GRABANDO SU PASO A TRAVÉS DE LAS DISTINTAS ESTRUCTURAS, PARA CONOCER EL TAMAÑO Y FORMA DE LAS MISMAS, EL ESTADO DE LAS VÁLVULAS Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL FLUJO SANGUÍNEO. DESPUÉS DE OBTENER LOS DATOS NECESARIOS SE RETIRAN LOS CATÉTERES Y SE COMPRIME EL SITIO DE PUNCIÓN, PARA QUE CIERRE ESPONTÁNEAMENTE Y ASÍ EVITAR QUE SANGRE (SI SE EFECTÚA LA PRUEBA MEDIANTE INCISIÓN DE LA PIEL, SE SUTURARÁ LA HERIDA), DEJANDO UN VENDAJE COMPRESIVO. DURANTE LA EXPLORACIÓN SE CONTROLA PERMANENTEMENTE EL ELECTROCARDIOGRAMA, LAS PRESIONES CARDIOVASCULARES, LA VENTILACIÓN Y EL CONTENIDO DE OXIGENO SANGUÍNEO DEL PACIENTE. LA DURACIÓN DEL ESTUDIO ES VARIABLE, DEBIENDO PERMANECER EL PACIENTE EN CAMA VARIAS HORAS DESPUÉS, EN GENERAL HASTA EL DÍA SIGUIENTE.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

SI EL PACIENTE ESTA DESPIERTO PUEDE NOTAR A LO LARGO DE LA PRUEBA PALPITACIONES PROVOCADAS POR LOS CATÉTERES O TRAS LAS INYECCIONES DE CONTRASTE; ESTE ÚLTIMO PRODUCE SENSACIÓN PASAJERA Y TOLERABLE DE CALOR EN LA CARA. PUEDE TENER MOLESTIAS LEVES EN LA ZONA DE PUNCIÓN E INCLUSO APARECER UN HEMATOMA QUE SE REABSORBERÁ CASI SIEMPRE ESPONTÁNEAMENTE. MÁS RARAS (MENOS DE 1 POR 100) SON OTRAS COMPLICACIONES QUE PUDIERAN LLEGAR A SER GRAVES (REACCIONES ALÉRGICAS, ARRITMIAS, HEMORRAGIA QUE PRECISE TRANSFUSIÓN, PERFORACIÓN CARDIACA CON TAPONAMIENTO, NEUMOTÓRAX, TROMBOSIS DE VÍA DE ACCESO, INSUFICIENCIA CARDIACA, ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR, CONVULSIONES, INFARTO DE MIOCARDIO), QUE EN ALGUNAS OCASIONES PUEDEN REQUERIR ACTUACIONES URGENTES E INCLUSO DEJAR SECUELAS (DAÑO RENAL O CEREBRAL, PERDIDA DE FUNCIÓN DE PARTE DEL CUERPO), O MAS RARAMENTE SER CAUSA DE FALLECIMIENTO DEL PACIENTE (1-2 POR 1.000). EN LA EXPLORACIÓN SE UTILIZAN RAYOS X PERO SOLO EN DOSIS MUY SUPERIORES A LAS UTILIZADAS HABITUALMENTE PODRÍAN TENER ALGUNA CONSECUENCIA NOCIVA PARA EL PACIENTE.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER DADA LA SITUACIÓN CLÍNICA Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES DEL PACIENTE SON:

EN EL ACTUAL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTA PRUEBA SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO SE INDICA LA CONVENIENCIA DE SU REALIZACIÓN. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE AL PACIENTE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

AUNQUE EXISTEN ALGUNOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS, COMO LA ECOGRAFÍA, LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC) O LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM), ESTA PRUEBA ESTÁ INDICADA PREFERENTEMENTE EN EL CASO DE ESTE PACIENTE.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CIERRE DE DUCTUS – C.I.A. – C.I.V. y VASOS ANÓMALOS

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **CIERRE DE DUCTUS – C.I.A. – C.I.V. y VASOS ANÓMALOS** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA FORMA DE TRATAMIENTO APLICABLE A PACIENTES QUE TIENEN COMUNICACIONES CONGÉNITAS ENTRE LA AORTA Y LA ARTERIA PULMONAR (DUCTUS PERMEABLE), ENTRE AMBAS AURICULAS (COMUNICACIÓN INTERAURICULAR) O AMBOS VENTRÍCULOS (COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR) O BIEN VASOS ANÓMALOS QUE NECESITAN SER TAPONADOS.

2- ¿PARA QUE SIRVE?

PARA EVITAR QUE LA SANGRE PASE POR ESTOS DEFECTOS.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA ESTANDO EL PACIENTE EN AYUNAS Y TUMBADO. SE LE APLICA SEDACIÓN PROFUNDA Y ANESTESIA LOCAL O ANESTESIA GENERAL (A VECES CON INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL), PARA QUE NO RESULTE DOLOROSA. SE INTRODUCEN CATÉTERES (TUBOS DE PLÁSTICO MUY FINOS, LARGOS Y FLEXIBLES) A TRAVÉS DE LAS ARTERIAS Y VENAS DE LA ZONA (INGLE, AXILA, CUELLO, ETC.) DIRIGIÉNDOLOS HASTA EL CORAZÓN O ZONA DEL PASO ANÓMALO DE SANGRE, MEDIANTE CONTROL POR RAYOS X. UNA VEZ ALLÍ SE MIDEN LAS PRESIONES Y EL FLUJO SANGUÍNEO.

SE INYECTA CONTRASTE RADIOLÓGICO PARA CONOCER Y MEDIR LA ZONA Y TAMAÑO DE LA COMUNICACIÓN Y EN ALGUNOS CASOS, SE INTRODUCE UNA Sonda de Eco-TRANSESOFÁGICA A TRAVÉS DE LA BOCA Y SE AVANZA HASTA LA ALTURA DEL CORAZÓN DENTRO DEL ESÓFAGO (VER CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA). UNA VEZ CONOCIDO EL TAMAÑO Y FORMA DE LA COMUNICACIÓN SE INTRODUCE A TRAVÉS DEL CATÉTER EL DISPOSITIVO CONVENIENTE PARA CERRARLA (ESPIRALES, TAPONES, ETC.). DURANTE LA EXPLORACIÓN SE CONTROLA PERMANENTEMENTE EL ELECTROCARDIOGRAMA Y LA SATURACIÓN DE OXÍGENO.

LA DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ES VARIABLE, DEBIENDO EL PACIENTE PERMANECER EN CAMA VARIAS HORAS DESPUÉS.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

ESTA INTERVENCIÓN GENERALMENTE CURSA SIN COMPLICACIONES, AUNQUE CONLLEVA UNOS RIEGOS DE REACCIONES ALÉRGICAS, SANGRADO, HEMATOMA EN LA ZONA DE PUNCIÓN, ARRITMIAS, FORMACIÓN DE COÁGULOS DE SANGRE, DAÑO CEREBRAL, PÉRDIDA DE SENSACIÓN, DESPRENDIMIENTO Y EMBOLIZACIÓN EN SITIO NO DESEADO DEL DISPOSITIVO Y EN ALGUNOS CASOS, LA MUERTE. LAS POSIBILIDADES DE QUE ESTOS DAÑOS OCURRAN ME HAN SIDO EXPLICADAS.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER, DADA SU SITUACIÓN CLÍNICA Y SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES SON:

TAMBIÉN SE ME EXPLICA QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO PUEDEN APARECER SITUACIONES INESPERADAS QUE REQUIERAN ACTUACIONES ADICIONALES COMO LA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE. EN SU ACTUAL ESTADO CLÍNICO, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO SE LE INDICA LA CONVENIENCIA DE QUE LE SEA PRACTICADO. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTE TRATAMIENTO ESTÁ INDICADO PREFERENTEMENTE EN ESTE CASO, COMO ALTERNATIVA DE CIRUGÍA.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ECOCARDIOGRAFÍA CON SEDACIÓN

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **ECOCARDIOGRAFÍA CON SEDACIÓN** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE?

LA ECOCARDIOGRAFIA ES UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA QUE UTILIZA LOS ULTRASONIDOS. SE UTILIZA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIACAS O CON SOSPECHA DE ELLAS. PARA SU REALIZACIÓN ES NECESARIA LA COLABORACIÓN DEL PACIENTE, QUE DEBE PERMANECER TRANQUILO DURANTE LA REALIZACIÓN DE DICHA PRUEBA. EN EL CASO DE SU HIJO, DADA LA DIFICULTAD DE OBTENER LA COLABORACIÓN ADECUADA, ES ACONSEJABLE LA UTILIZACIÓN DE SEDACIÓN CON FÁRMACOS.

2- ¿CÓMO SE REALIZA?

ES CONVENIENTE QUE EL NIÑO ESTÉ EN AYUNAS. HABITUALMENTE SE UTILIZAN: HIDRATO DE CLORAL O MIDAZOLÁN.

EL HIDRATO DE CLORAL ES UN SEDANTE QUE SE PUEDE ADMINISTRAR POR VÍA ORAL O RECTAL (EN FORMA DE ENEMA), PRODUCE SEDACIÓN A LOS 20-40 MINUTOS Y SU ACCIÓN DURA UNOS 45-90 MINUTOS. LA DESAPARICIÓN TOTAL DE LA SEDACIÓN OCURRE PROGRESIVAMENTE A LO LARGO DE VARIAS HORAS DURANTE LAS CUALES EL NIÑO, AUNQUE ESTÁ DESPIERTO, TIENE UNA DISCRETA DISMINUCIÓN DE SU ESTADO DE ALERTA POR LO QUE SE ACONSEJA OBSERVACIÓN EXTRAHOSPITALARIA POR SU FAMILIA, CONSISTIENDO BÁSICAMENTE EN NO DEJARLO CAMINAR SOLO Y VIGILARLO CONTINUAMENTE POR SI VOMITA.

EL MIDAZOLÁN SE ADMINISTRA POR VÍA NASAL (O INTRAVENOSO EN EL CASO DE TENER UNA VIA VENOSA). HACE EFECTO EN 10-15 MINUTOS Y LA SEDACIÓN DURA 20-30 MINUTOS. POR VIA INTRANASAL PUEDE CAUSAR LIGERO ESCOZOR EN LA NARIZ. AUNQUE SU EFECTO ES CORTO, ES CONVENIENTE UNA CIERTA VIGILANCIA FAMILIAR EN LAS 6 HORAS SIGUIENTES.

EN SU CASO VAMOS A UTILIZAR A DOSIS DE

UNA VEZ EN SU CASA NO LE DARÁ ALIMENTOS, SALVO AGUA, HASTA QUE ESTÉ COMPLETAMENTE DESPIERTO.

3- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

ESTOS MEDICAMENTOS HAN SIDO UTILIZADOS AMPLIAMENTE DESDE HACE TIEMPO POR SU SEGURIDAD Y EFICACIA. ESPORÁDICAMENTE AÚN A DOSIS CORRECTAS, PUEDEN APARECER EFECTOS SECUNDARIOS EN GENERAL NO GRAVES: SEDACIÓN PROLONGADA, AGITACIÓN PARADÓJICA, IRRITACIÓN DE MUCOSAS Y EXCEPCIONALMENTE, PUEDEN PRODUCIR DEPRESIÓN RESPIRATORIA, CARDIACA Y/O LARINGOESPASMO, QUE PODRÍA PRECISAR INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.

SI SU HIJO ESTÁ RECIBIENDO ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN, PADECE OTRA ENFERMEDAD DIFERENTE A LA CARDIACA O ES ALÉRGICO A ALGUNA MEDICACIÓN DEBE COMUNICARLO, PUES A VECES ES PRECISO AJUSTAR LA DOSIS O CAMBIAR EL FÁRMACO.

EL PERSONAL SANITARIO CONOCE LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE ESTOS MEDICAMENTOS Y DISPONE DE MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLOS.

4- ¿ HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

LA COLABORACIÓN DEL PACIENTE ES FUNDAMENTAL, POR LO QUE EN ESTE CASO LA SEDACIÓN ES NECESARIA PARA OBTENER CON FIABILIDAD TODOS LOS DATOS QUE APORTA LA ECOCARDIOGRAFÍA.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN . ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL , TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO .

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL CORAZÓN O DE LOS GRANDES VASOS, O CON SOSPECHA DE ELLAS.

2- ¿PARA QUE SIRVE?

PERMITE OBTENER IMÁGENES DEL CORAZÓN MEDIANTE ULTRASONIDOS Y SIRVE PARA DETECTAR Y VALORAR LA EXISTENCIA DE LESIONES EN SU INTERIOR O ESTRUCTURAS PRÓXIMAS. EN OTRAS OCASIONES, SE UTILIZA PARA CONTROLAR MEDIANTE LA IMAGEN DEL CORAZÓN, LA CORRECTA COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS EN LOS CIERRES DE DEFECTOS INTRACARDIACOS. IGUALMENTE SE UTILIZA EN QUIRÓFANO DURANTE LA CIRUGÍA CARDÍACA (INTRAOPERATORIA).

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA ESTANDO EL PACIENTE EN AYUNAS. HAY QUE UTILIZAR ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN PROFUNDA Y EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL. A CONTINUACIÓN SE INTRODUCE UNA Sonda POR LA BOCA , HASTA LLEGAR AL ESÓFAGO Y POSTERIORMENTE AL ESTÓMAGO. UNA VEZ COLOCADA CORRECTAMENTE SE VEN Y GRABAN LAS IMÁGENES OBTENIDAS. FINALIZADO EL ESTUDIO , SE RETIRA LA SONDA . DEBE PROLONGARSE EL AYUNO VARIAS HORAS TRAS LA EXPLORACIÓN.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

NORMALMENTE ESTA PRUEBA CURSA SIN COMPLICACIONES. PUEDEN PRESENTARSE COMPLICACIONES MÁS GRAVES DERIVADAS TANTO DE LA ANESTESIA, COMO DEL PROCEDIMIENTO EN SÍ TALES COMO DESGARRO ESOFÁGICO Y PERFORACIÓN O QUEMADURAS. ESTAS SON MUY POCO FRECUENTES. OCASIONALMENTE PUEDEN PRESENTARSE MOLESTIAS POSTERIORES COMO NAUSEAS O IRRITACIÓN LOCAL.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PUDIERAN APARECER, DADA LA SITUACIÓN CLÍNICA Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES DEL PACIENTE, SON:

.....

EN SU ACTUAL ESTADO CLÍNICO, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTA PRUEBA SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO, SE LE INDICA LA CONVENIENCIA DE QUE LE SEA PRACTICADA. SI APARECEN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTA EXPLORACIÓN PROPORCIONA DATOS MUY ÚTILES CUANDO LA ECOCARDIOGRAFÍA –DOPPLER TRANSTORÁCICA NO LOS APORTA SUFICIENTEMENTE.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO , NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL*

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____
HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____
HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, O CON SOSPECHA DE ELLAS, QUE TIENEN ALTERACIONES DEL RITMO CARDÍACO (ARRITMIAS).

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

PERMITE CONOCER EL TIPO Y GRAVEDAD DE LAS ARRITMIAS, EL LUGAR DEL CORAZÓN DONDE SE ORIGINAN Y LOS TRASTORNOS QUE PRODUCEN. SIRVE ADEMÁS PARA ENFOCAR MEJOR EL TRATAMIENTO QUE DEBE APLICARSE.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA ESTANDO EL PACIENTE EN AYUNAS Y TUMBADO. SE LE APLICA SEDACIÓN PROFUNDA Y ANESTESIA LOCAL O ANESTESIA GENERAL (A VECES CON INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL), PARA QUE NO RESULTE DOLOROSA.

A TRAVÉS DE LAS VENAS O ARTERIAS DE LA ZONA (INGLE, AXILA, CUELLO, ETC.), SE INTRODUCEN VARIOS CATÉTERES (CABLES MUY FINOS LARGOS Y FLEXIBLES), DIRIGIÉNDOLOS HASTA EL CORAZÓN MEDIANTE CONTROL POR RAYOS X. LOS CATÉTERES SIRVEN PARA REGISTRAR PERMANENTEMENTE LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN DESDE SU INTERIOR, PERO TAMBIÉN SIRVEN COMO MARCAPASOS CUANDO SE CONECTAN A UN APARATO ESTIMULADOR EXTERNO. A VECES ES NECESARIO ADMINISTRAR ALGÚN FÁRMACO DURANTE LA PRUEBA PARA PRECISAR EL DIAGNÓSTICO DE LA ARRITMIA. LA DURACIÓN DEL ESTUDIO ES VARIABLE, DEBIENDO PERMANECER DESPUÉS EN CAMA VARIAS HORAS.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

ESTA PRUEBA GENERALMENTE CURSA SIN COMPLICACIONES. LA MAYORÍA DE LAS VECES SÓLO HABRÁ UNA LEVE MOLESTIA EN LA ZONA DE PUNCIÓN, O LA APARICIÓN DE UN HEMATOMA QUE SE REABSORBERÁ, CASI SIEMPRE, ESPONTÁNEAMENTE. MUY RARAS SON OTRAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO (FLEBITIS, TROMBOSIS VENOSA O ARTERIAL, HEMORRAGIA QUE PRECISE TRANSFUSIÓN, PERFORACIÓN CARDÍACA CON TAPONAMIENTO, EMBOLIA PULMONAR O SISTÉMICA), SI BIEN ALGUNAS DE ELLAS SON GRAVES Y REQUIEREN ACTUACIÓN URGENTE, ES EXCEPCIONAL EL RIESGO DE MUERTE (1 POR 3.000).

OTRAS COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER DADA SU SITUACIÓN CLÍNICA Y SUS CIRCUNSTANCIAS SON:.....
.....

EN SU ACTUAL ESTADO CLÍNICO, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTA PRUEBA SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO SE LE INDICA LA CONVENIENCIA DE QUE LE SEA PRACTICADA. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTA PRUEBA ESTÁ INDICADA PREFERENTEMENTE EN SU CASO.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
IMPLANTACIÓN DE MARCAPASO CARDÍACO TRANSITORIO

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **IMPLANTACIÓN DE MARCAPASO CARDÍACO TRANSITORIO** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA FORMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON DETERMINADAS ALTERACIONES DEL RITMO (LENTAS O RÁPIDAS) O DE LA CONDUCCIÓN CARDÍACA (BLOQUEOS). CONSISTE EN LA INTRODUCCIÓN POR UNA VENA DE UN CABLE-ELECTRODO HASTA EL INTERIOR DEL CORAZÓN, PARA CONECTARLO A UN GENERADOR EXTERNO DE IMPULSOS ELÉCTRICOS.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

PERMITE MANTENER UNA FRECUENCIA ADECUADA DE LAS PULSACIONES DEL CORAZÓN, EN ESPERA DE LA COLOCACIÓN DE UN MARCAPASO DEFINITIVO O HASTA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA QUE PRECISÓ EL MARCAPASO TRANSITORIO. SU IMPLANTACIÓN PUEDE HACERSE CON CARÁCTER URGENTE O ELECTIVO.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA CON EL PACIENTE EN AYUNAS, TUMBADO, CON SEDACIÓN PROFUNDA Y ANESTESIA LOCAL O ANESTESIA GENERAL (A VECES CON INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL), PARA QUE NO RESULTE DOLOROSO. A TRAVÉS DE LAS VENAS O ARTERIAS DE LA ZONA (INGLE, AXILA, CUELLO, ETC.), SE INTRODUCE UN CATÉTER (CABLE MUY FINO, LARGO Y FLEXIBLE) QUE SE DIRIGE HASTA LA PUNTA DEL CORAZÓN CON CONTROL RADIOSCÓPICO (RAYOS X). DICHO CABLE SE CONECTA EXTERNAMENTE A UN PEQUEÑO ESTIMULADOR ELÉCTRICO. DURANTE EL PROCEDIMIENTO SE CONTROLA PERMANENTEMENTE EL ELECTROCARDIOGRAMA, LA TENSIÓN ARTERIAL, LA VENTILACIÓN Y EL CONTENIDO DE OXÍGENO SANGUÍNEO DEL PACIENTE. LA DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ES VARIABLE, DEBIENDO PERMANECER EL PACIENTE EN CAMA VARIAS HORAS DESPUÉS, EN GENERAL HASTA EL DÍA SIGUIENTE.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES ES ESCASA Y EN GENERAL SE TRATA DE COMPLICACIONES LEVES (SANGRADO, HEMATOMA EN EL LUGAR DE LA PUNCIÓN, FLEBITIS) Y POCAS VECES SON RELEVANTES (NEUMOTÓRAX, HEMORRAGIA QUE REQUIERE TRANSFUSIÓN). MUY RARAS SON OTRAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO (ARRITMIAS GRAVES, TROMBOSIS VENOSA O INTRACARDÍACA, INFARTO PULMONAR, SEPSIS, PERFORACIÓN CARDIACA CON TAPONAMIENTO), SI BIEN ALGUNAS DE ELLAS SON GRAVES, REQUIEREN ACTUACIÓN URGENTE Y PUEDEN CONDUCCIR EXCEPCIONALMENTE AL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE (1-2 POR 1.000). EN EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZAN RAYOS X, PERO SOLO EN DOSIS MUY SUPERIORES A LAS UTILIZADAS HABITUALMENTE PODRÍAN TENER ALGUNA CONSECUENCIA NOCIVA PARA EL PACIENTE.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER, DADA LA SITUACIÓN CLÍNICA Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES DEL PACIENTE SON:

.....

EN EL ACTUAL ESTADO CLÍNICO DEL ENFERMO, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO SE LE INDICA LA CONVENIENCIA DE QUE LE SEA PRACTICADO. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTE TRATAMIENTO ESTÁ INDICADO DE MODO PREFERENTE EN ESTE PACIENTE.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL*

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____
HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____
HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRUEBA DE ESFUERZO CONVENCIONAL (ERGOMETRÍA)**

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **PRUEBA DE ESFUERZO CONVENCIONAL (ERGOMETRÍA)** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA PRUEBA NO INVASIVA CON FINES DIAGNÓSTICOS O PRONÓSTICOS PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL CORAZÓN O CON SOSPECHA DE ELLA. TAMBIÉN SIRVE PARA EXCLUIR ALGUNOS DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

PERMITE COMPROBAR LA RESPUESTA DEL CORAZÓN AL EJERCICIO FÍSICO CONTROLADO. EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE SE UTILIZA PARA VALORAR LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS O ARRITMIAS INDUCIDAS POR EL EJERCICIO, EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL NO INVASIVA, RESPUESTA AL EJERCICIO DE ALGUNAS ARRITMIAS, RESPUESTA DE LA TENSIÓN ARTERIAL Y PARA EL DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA CARDIACA, QUE PUEDE APARECER CON EL EJERCICIO EN ALGUNAS CARDIOPATÍAS.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA CAMINANDO POR UNA CINTA RODANTE O PEDALEANDO EN BICICLETA ERGOMÉTRICA. MIENTRAS TANTO, SE AUMENTA LA VELOCIDAD PROGRESIVAMENTE Y/O LA PENDIENTE, O EL NIVEL DE CARGA (RESISTENCIA) DE LA BICICLETA. LA DURACIÓN DE LA PRUEBA SUELE SER DE 8-12 MIN.

DURANTE LA EXPLORACIÓN SE CONTROLA LA PRESIÓN ARTERIAL, LA FRECUENCIA DEL PULSO Y EL ELECTROCARDIOGRAMA, PARA ANALIZAR SUS VARIACIONES. LA PRUEBA SE SUSPENDE SI APARECEN SÍNTOMAS O SIGNOS ALARMANTES.

GENERALMENTE HAY UN AUMENTO PROGRESIVO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y DE LA FRECUENCIA CARDIACA. SUELE TERMINARSE LA PRUEBA POR CANSANCIO MUSCULAR, DOLORES EN LAS PIERNAS O FATIGA, QUE DESAPARECEN O SE ALIVIAN AL CESAR EL ESFUERZO. PUEDE HABER CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA QUE NO IMPLICAN NINGÚN RIESGO.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

RIESGOS FRECUENTES: PUEDEN HABER SÍNTOMAS COMO LAS PALPITACIONES, EL MAREO O CANSANCIO Y/O CALAMBRES EN LAS PIERNAS. TAMBIÉN PUEDE HABER AUMENTO O DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

RIESGOS INFRECUENTES: DOLOR TORÁCICO ANGINOSO, SÍNCOPE Y LAS ARRITMIAS VENTRICULARES, QUE IMPLICAN LA TERMINACIÓN DE LA PRUEBA. ES EXCEPCIONAL QUE UNA COMPLICACIÓN DEJE SECUELAS.

RIESGOS PERSONALIZADOS.....

SI APARECEN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA ESTÁN CAPACITADOS Y DISPONEN DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTA EXPLORACIÓN ESTÁ INDICADA PREFERENTEMENTE EN SU CASO

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRUEBA DE MESA BASCULANTE

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **PRUEBA DE MESA BASCULANTE** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA PACIENTES QUE HAN SUFRIDO PÉRDIDA DE CONCIENCIA (SÍNCOPE) O SOSPECHA DE ELLA.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

ESTA PRUEBA PERMITE COMPROBAR LA RESPUESTA DEL CORAZÓN Y EL APARATO CIRCULATORIO ANTE LOS CAMBIOS POSTURALES DEL CUERPO. AYUDA TAMBIÉN A PONER DE MANIFIESTO LA POSIBLE CAUSA DEL SÍNCOPE, CUANDO ESTE SE PRODUCE POR UNA MALA REGULACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO QUE CONTROLA EL CORAZÓN Y LA PRESIÓN ARTERIAL. ESTA ALTERACIÓN PUEDE CAUSAR DISMINUCIÓN DEL RITMO DEL CORAZÓN O BAJADAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL. EL DIAGNÓSTICO DE LA CAUSA PUEDE EVITAR OTRAS PRUEBAS INNECESARIAS Y PERMITIR EL INICIO DE UN TRATAMIENTO ADECUADO.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

EL PACIENTE DEBE ESTAR EN AYUNAS. SE LE PINCHA EN UNA VENA POR SI FUERA NECESARIO ADMINISTRAR ALGÚN MEDICAMENTO. SE COLOCAN ELECTRODOS PARA CONTROLAR DE FORMA CONTINUA DURANTE LA EXPLORACIÓN EL RITMO CARDIACO Y LA PRESIÓN ARTERIAL.

LA PRUEBA SE REALIZA TUMBADO SOBRE UNA CAMILLA Y SUJETO A LA MISMA CON UNAS BANDAS. MIENTRAS ESTÁ VARIOS MINUTOS EN POSICIÓN HORIZONTAL, SE LE DA MASAJE EN EL CUELLO (EN LA ARTERIA CARÓTIDA). DESPUÉS LA CAMILLA SE IRÁ INCLINANDO DE FORMA PROGRESIVA (ENTRE 45º Y 80º) MANTENIÉNDOSE INCLINADO UN TIEMPO DETERMINADO. MIENTRAS SE REALIZAN ESTAS MANIOBRAS SE MEDIRÁ LA PRESIÓN ARTERIAL, LA SATURACIÓN DE OXÍGENO EN LA SANGRE Y SE CONTROLARÁ EL ELECTROCARDIOGRAMA, PARA ANALIZAR SUS VARIACIONES. DURANTE LA PRUEBA SE PUEDE ADMINISTRAR ALGÚN FÁRMACO (ISOPROTERENOL) PARA INCREMENTAR LAS REACCIONES DEL ORGANISMO. LA PRUEBA FINALIZA SEGÚN UN TIEMPO ESTABLECIDO EN UN PROTOCOLO ESCRITO O CON LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS O SIGNOS ALARMANTES.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

ES FRECUENTE QUE SE NOTEN PALPITACIONES AL INICIO DE LA PRUEBA. SI EL RITMO CARDÍACO DISMINUYE O BAJA LA PRESIÓN ARTERIAL DE FORMA IMPORTANTE SE PUEDEN NOTAR SENSACIÓN DE MAREO O TENER UN DESMAYO. LOS SÍNTOMAS SE RESUELVEN VOLVIENDO A LA POSICIÓN HORIZONTAL.

PUEDEN APARECER MOLESTIAS RELACIONADAS CON LA PUNCIÓN VENOSA SIENDO NORMALMENTE LEVES (DOLOR, FLEBITIS, HEMATOMAS). ES EXCEPCIONAL LA APARICIÓN DE PROBLEMAS GRAVES (ASISTOLIA PROLONGADA).

EN SU CASO OTROS RIESGOS SON:

.....

SE LE HA RECOMENDADO REALIZAR ESTA PRUEBA PORQUE LOS BENEFICIOS QUE SE PUEDEN OBTENER SON SUPERIORES A LOS POSIBLES RIESGOS DE LA MISMA. SI APARECEN COMPLICACIONES EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA RESPONSABLE DE LA PRUEBA ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTA EXPLORACIÓN ESTÁ INDICADA EN SU CASO.

ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO NO DUDE EN PEDIR LA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
USO DE CONTRASTE INTRAVENOSO EN ECOCARDIOGRAFÍA

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **USO DE CONTRASTE INTRAVENOSO EN ECOCARDIOGRAFÍA** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

LA ECOCARDIOGRAFÍA ES UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDÍACAS O VASCULARES O CON SOSPECHA DE ELLAS. EN OCASIONES ES PRECISO UTILIZAR MATERIAL DE CONTRASTE INTRAVENOSO.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE EL CONTRASTE?

PERMITE INTENSIFICAR LAS IMÁGENES DE LAS ESTRUCTURAS CARDIACAS O VASCULARES OBTENIDAS MEDIANTE ULTRASONIDOS Y SIRVE PARA MEJORAR LA DEFINICIÓN DE LAS ESTRUCTURAS Y LOS FLUJOS.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

REQUIERE INYECTAR EN UNA VENA UN MEDIO DE CONTRASTE ESPECÍFICO PARA ESTA EXPLORACIÓN. LA COMPOSICIÓN DE LOS DISTINTOS PREPARADOS PUEDE VARIAR. PUEDE SER NECESARIO REPETIR LA INYECCIÓN PARA LOGRAR UN EFECTO MÁS INTENSO O UNA MAYOR DURACIÓN DEL REALCE.

EN OTRAS OCASIONES SE UTILIZA SÓLO SUERO SALINO Y EN GENERAL ES PRECISO REALIZAR VARIAS INYECCIONES.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

GENERALMENTE ESTA EXPLORACIÓN CURSA SIN COMPLICACIONES. OCASIONALMENTE CON ALGUNOS TIPOS DE CONTRASTE PUEDE APARECER DOLOR TRANSITORIO EN LA ZONA DE INYECCIÓN, REACCIONES GUSTATIVAS, FATIGA, CAMBIOS EN EL PULSO O PRESIÓN SANGUÍNEA, NAUSEAS Y VÓMITOS, ASÍ COMO BRONCOESPASMO, DOLOR DE CABEZA, MAREOS O REACCIONES EN LA PIEL. ALGUNOS PREPARADOS CONTIENEN GALACTOSA, EN CUYO CASO ESTÁ CONTRAINDICADO EN CASOS DE PADECER GALACTOSEMIA.

EN EL CASO DE INYECCIÓN DE SUERO SALINO, NO SUELE HABER COMPLICACIONES. EXCEPCIONALMENTE Y DE FORMA TRANSITORIA Y REVERSIBLE PUEDE APARECER TRAS LA INYECCIÓN: ANSIEDAD, TAQUIPNEA, JAQUECA, BRADICARDIA, EXTRASÍSTOLES, CAMBIOS ELÉCTRICOS MENORES O PARESTESIAS.

SI APARECEN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTA TÉCNICA APORTA DATOS MUY ÚTILES CUANDO LA ECOCARDIOGRAFÍA CONVENCIONAL NO LOS APORTA SUFICIENTEMENTE

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL*

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____
HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____
HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor