

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