

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