

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