

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