

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