

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BIOPSIA MIOCÁRDICA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA SECCIÓN DE HEMODINÁMICA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento consiste en la introducción de un catéter especial (biotomo) bajo anestesia local a través de una de las venas del cuello o bien de la ingle, eligiendo siempre la vía mas adecuada a su caso particular. En ocasiones se procede con otros catéteres a la toma de presiones y a la realización de un cateterismo completo con inyección de contraste con objeto de estudiar la profundidad de su enfermedad.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mediante este procedimiento se pretende la obtención de pequeños fragmentos del corazón para su posterior estudio en Anatomía Patológica, y valorar así el origen de su enfermedad o bien si existe rechazo en el caso de corazones trasplantados.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No existe en la actualidad ningún otro procedimiento al propuesto, no obstante es imprescindible que antes de aceptar Vd. este totalmente informado de los beneficios y riesgos potenciales del mismo.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Los beneficios obtenidos con este procedimiento para conocer el origen de su enfermedad o tomar las medidas oportunas en caso de rechazo de un corazón trasplantado superan con mucho los riesgos del mismo.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Desconocer el origen de su enfermedad y en casos de trasplantados desconocer el grado de rechazo.

### RIESGOS FRECUENTES

La mayoría de los pacientes solo experimentan las molestias propias de las punciones, sin complicaciones añadidas.

En otros casos y como ocurre en todos los cateterismos, se producen hematomas a nivel de las punciones que se resuelven espontáneamente.

### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

En raros casos se producen complicaciones importantes tales como la posibilidad de embolias o perforaciones en el corazón en relación con el uso de catéteres (2%); originando un taponamiento cardíaco que puede requerir en raros casos, bien la punción directa del pericardio, bien su apertura quirúrgica.

En contadas ocasiones precisan cirugía en caso de punciones arteriales.  
 Muy raras veces se producen complicaciones fatales (menos del 0,1%), bien en relación con el procedimiento, bien en relación con el uso de contrastes yodados.

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>