

<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 CARディオVERSION ELÉCTRICA EXTERNA UNIDAD DE ARRITMIAS Y ELECTROFISIOLOGÍA

\*¿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

Técnica que consiste en aplicar un choque de corriente continua de potencia variable (50-360 Julios) sobre la superficie del tórax en las proximidades del corazón, con lo que se consigue homogeneizar el estado de polarización de todas las células cardíacas, anulando cualquier taquicardia que exista en ese momento y volver el corazón a ritmo normal. Ya que esta técnica es dolorosa se debe realizar antes sedación profunda generalmente con la administración intravenosa de un barbitúrico, debiendo estar el paciente en ayunas de al menos 4 horas.

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

Esta indicada su realización para convertir en ritmo normal las taquicardias que comprometen la vida del paciente, y también para devolver al corazón su ritmo en las taquicardias que no comprometen la vida del paciente, pero que al eliminarlas supone un mejor funcionamiento del mismo.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La cardioversión mediante medicamentos, presenta los mismos riesgos de tromboembolismo y de arritmia ventricular; además de los riesgos asociados al fármaco y el que la cardioversión no se produce en presencia de equipo sanitario.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La ventaja de retornar al ritmo normal en presencia de un equipo especializado y estando vigilado y monitorizado.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Mantenerse con la arritmia y sus posibles complicaciones. Podría retornar solo al ritmo normal pero sin estar cerca de un equipo medico especializado.

### RIESGOS FRECUENTES

Generalmente no se presentan complicaciones o caso de aparecer las más frecuentes son leves (quemaduras de primer grado).

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

Las derivadas de la administración intravenosa del agente sedante: punción arterial, hematoma, flebitis, extravasación, embolismo gaseoso, hipoventilación, parada respiratoria, vomito, broncoaspiración, anafilaxia, hipotensión, coma. Las derivadas de la aplicación de la corriente eléctrica: quemadura, tromboembolismo pulmonar y sistémico, contusión miocárdica, taponamiento cardíaco, arritmias ventriculares, fibrilación y flutter ventricular, muerte.

### **C. INFORMADO DE CARディオVERSION ELÉCTRICA EXTERNA**

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

En cualquier caso, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los médicos de este hospital están dispuestos para solucionarlas.

**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>