

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE USO DE CONTRASTE INTRAVENOSO EN ECOCARDIOGRAFÍA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA

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

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

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La ecocardiografía es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades cardíacas-vasculares o con sospecha de las mismas. En ocasiones la visualización de las estructuras cardíacas no es adecuada y entonces es necesario administrar un contraste ecográfico específico. Requiere inyectar en una vena un medio de contraste específico para esta exploración. La composición de los distintos preparados puede variar aunque básicamente se tratan de microburbujas que magnifican la señal de eco. Puede ser necesario repetir la inyección para lograr un efecto más intenso o una mayor duración del realce.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Permite intensificar las imágenes de estructuras cardíacas o vasculares obtenidas mediante ultrasonidos y sirve para mejorar la definición de las estructuras y los flujos de sangre.

Otras técnicas de imagen que permitan también estudiar las estructuras cardíacas o vasculares, aunque en muchas ocasiones son procedimientos más molestos o invasivos (CardioResonancia, Eco Transesofágica, TAC cardíaco, Cateterismo cardíaco, etc), y en su caso particular se ha considerado que esta es la prueba diagnóstica más adecuada.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejorar la visualización de estructuras cardíacas o vasculares para optimizar el diagnóstico de diferentes patologías.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

Generalmente la exploración cursa sin complicaciones.

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

Ocasionalmente puede aparecer reacciones leves como dolor transitorio en la zona de inyección, reacciones gustativas, fatiga, cambios en el pulso o presión arterial, náuseas y vómitos, así como bronco espasmo, dolor de cabeza, mareos o reacciones en la piel. Estas reacciones no precisan tratamiento y se corrigen fácilmente. Las reacciones graves son muy infrecuentes, generalmente de tipo alérgico (entre ellas el shock anafiláctico).

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

Algunos preparados contienen galactosa, por lo que dichos preparados están contraindicados en casos de Galactosemia.

CONTRAINDICACIONES

Hasta el momento el uso de SONOVUE (un eco-contraste específico) se desaconseja en caso de inestabilidad clínica cardiológica importante, del tipo Enfermedad coronaria severa aguda inestable, insuficiencia cardíaca severa y trastornos graves del ritmo cardíaco.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO 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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA