

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ECO-STRES SERVICIO 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

Esta exploración consiste en obtener imágenes del corazón mediante técnica de ultrasonidos, mientras se administran fármacos que provocan un aumento del trabajo del corazón. Se realiza con el paciente tumbado y monitorizado mediante toma de la presión arterial y electrocardiograma. La elección del fármaco depende de sus circunstancias personales y de lo que se quiera estudiar o diagnosticar (Dobutamina, Adenosina, Dipyridamol).

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Se pretende ver la respuesta de la contractilidad del corazón a los fármacos (para conocer el funcionamiento de las arterias coronarias y del músculo del corazón) y en algunos casos también la función de las válvulas y otros parámetros de utilidad.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En su caso en particular se ha considerado que ésta es la prueba diagnóstica más adecuada para el estudio de su enfermedad, aunque existen otras pruebas alternativas como pueden ser: Gammagrafía miocárdica, Prueba de esfuerzo, Cateterismo cardíaco, Resonancia Cardíaca, TAC cardíaco, etc

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Aceleración del ritmo cardíaco y subida de TA, al igual que ocurre durante el ejercicio.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

Palpitaciones, sequedad de garganta, sensación de calor, dolor de cabeza y dolor de pecho. Generalmente dichas complicaciones se deben a los fármacos que se emplean y si suceden suelen ser de carácter leve y desaparecer cuando termina la prueba.

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

Excepcionalmente puede ocurrir alguna complicación grave como infarto de miocardio, arritmias o parada cardio-respiratoria.

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

CONTRAINDICACIONES

Intolerancia o alergia al fármaco a utilizar durante la prueba, inestabilidad cardiológica severa en el momento de la prueba.

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