

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA 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

Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón o de la aorta, o con sospecha de ellas.

Se realiza estando el paciente en ayunas y tumbado; se le aplica anestesia local en la garganta con un pulverizador. En algunas ocasiones, para mejor tolerancia del paciente, puede ser necesaria la administración de fármacos por vía intravenosa. A continuación se introduce despacio, una sonda por la boca hasta que su extremo llegue al esófago. Una vez colocada correctamente se ven y se graban las imágenes obtenidas. Finalizado el estudio se retira la sonda. Conviene prolongar el ayuno varias horas tras esta exploración.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Permite obtener imágenes del corazón mediante ultrasonidos, y sirve para detectar y valorar la existencia de lesiones en su interior o en estructuras próximas.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No existe alternativa comparable, pues los datos obtenidos no se pueden lograr con técnicas menos cruentas. Esta exploración proporciona datos muy útiles, cuando la ecocardiografía-doppler transtorácica no los aporta suficientemente.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Esperamos una más perfecta valoración del alcance de sus lesiones.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Al no hacérsela podría valorarse sus lesiones como de menor gravedad y no podríamos prevenir las complicaciones y necesidades de cirugía.

RIESGOS FRECUENTES

Pueden existir síntomas menores algo molestos (náuseas, irritación local o reacción vagal) pero de escasa importancia.

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

Excepcionalmente pudieran presentarse complicaciones de mayor gravedad (lesiones de esófago, arritmias, parada cardíaca).

C. INFORMADO DE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

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

CONTRAINDICACIONES

Son pocas las contraindicaciones, pero podríamos tener algún problemas en enfermedades graves del esófago, por lo que en caso de tener alguna importante, conviene advertirlo antes para decidir su realización.

| | | | |
|--|------------|--------------|--------------|
| 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 |