

<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 ERGOMETRÍA SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

\*¿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

La prueba consiste en caminar sobre una cinta rodante, la cual aumenta de velocidad e inclinación cada tres minutos: Durante la misma se monitoriza la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, además de visualizar permanentemente el electrocardiograma, con registro del mismo. La duración de la misma es de aproximadamente entre 7 y 15 minutos de ejercicio y en total (preparación, ejercicio, reposo) de unos 30 minutos.

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

La finalidad de la prueba es valorar la repuesta del corazón al esfuerzo físico para ver si existe: angina de pecho, arritmias, respuesta de la tensión arterial al esfuerzo y valoración de la capacidad funcional.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Se puede lograr una adecuada valoración del riesgo que tiene de padecer un síndrome coronario agudo o una arritmia potencialmente peligrosa y poner así ponerle el tratamiento mas adecuado antes de que aparezcan.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Podemos tener una valoración de riesgo bajo, o pensar que son secundarios a otra patología mas benigna, especialmente si sus síntomas no son típicos.

### RIESGOS FRECUENTES

Ocasionalmente aparece mareo tras el ejercicio por una caída de tensión arterial al parar, que se resuelve fácilmente permaneciendo unos minutos tumbados. En otras ocasiones puede presentar arritmias mas permanentes que obliguen a darle algún tratamiento para cortarla. Puede presentar también angina de pecho indicándonos el grado de riesgo que tiene.

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

En rarísimas ocasiones puede ocasionar arritmias mas peligrosas que requieran su ingreso hospitalario o la necesidad de choque eléctrico en la misma sala de ergometrías, pero ello es muy raro y nos pondría en aviso del riesgo que tiene y desconocíamos. También puede ocasionar una crisis de angina prolongada que requiera ingreso lo cual es raro. Mas raro aún pero también descrito es la posibilidad de desencadenar un infarto de miocardio y excepcionalmente la muerte.

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

Enfermos ingresados muy inestables y en los primeros tres días del infarto de miocardio conocido.

En estenosis aórtica muy severa, aunque ocasionalmente se pueden realizar de forma vigilada, sin forzar al máximo, para ver tolerancia al ejercicio e indicación de cirugía.

<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>