

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO UNIDAD DE ARRITMIAS Y ELECTROFISIOLOGÍA

*¿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

Técnica ideada para el estudio y tratamiento de las arritmias cardíacas (alteraciones del ritmo del corazón). Bajo anestesia local se canaliza la vena femoral y ocasionalmente la subclavia o cefálica, introduciendo por ellas 3 o 4 electrocatéteres que se avanzan hasta situarlos dentro del corazón en lugares determinados (haz de Hiss, seno coronario, aurícula derecha, apex ventricular derecho) para registro y estimulación. Debe realizarse en ayunas de ocho horas. Se debe después realizar tratamiento profiláctico con antibiótico, para evitar posibles infecciones.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Con esta técnica se determina el tipo y situación de los bloqueos, función del marcapasos del corazón y el tipo y mecanismo de las taquicardias, indicándose el tratamiento mas idóneo.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No existe otra alternativa y podríamos tratar sus arritmias de forma seguramente inadecuada, con el riesgo que supondría para su vida.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Un adecuado estudio de las diversas arritmias cardíacas y del síncope de origen desconocido. Con lo que se puede estimar el tratamiento mas adecuado de las mismas.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

No tendríamos un conocimiento adecuado de las causas de sus arritmias y no podríamos tratarlas de la forma mejor. En caso de bloqueos en muchas ocasiones no podremos saber si necesita o no un marcapasos.

RIESGOS FRECUENTES

Habitualmente no existen complicaciones, aunque puede notar molestias locales en la zona de punción, con algo de dolor o la formación de algún hematoma que desaparece en poco tiempo.

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

Derivados de la punción venosa: punción de una arteria, pseudoaneurismas, hematoma, flebitis, extravasación, embolismo gaseoso, neumotórax, tromboembolismo pulmonar y sistémico. Lesión neurológica del plexo braquial y nervio recurrente.

Derivados del agente anestésico y del antibiótico: anafilaxia, vómitos, broncoaspiración, parada cardiorespiratoria.

Derivados del manejo de los catéteres: perforación venosa o arterial, hemorragia, flebitis, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar y sistémico, perforación cardíaca, taponamiento cardíaco, arritmias graves, muerte, daño cerebral, sepsis, endocarditis bacteriana.

C. INFORMADO DE ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

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

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