

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TEST DE BASCULACIÓN 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

Consiste en mantener al paciente en posición erecta a 70° en una cama articulada, durante 15-45 minutos, desencadenándose de esta manera reflejos vagales que enlentecen la frecuencia cardíaca y/o descienden la Tensión Arterial, pudiéndose producir síncope. Si pasado este tiempo la prueba ha sido negativa, se vuelve a realizar bajo administración intravenosa continua de Isoproterenol.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Estudio del síncope de origen desconocido en pacientes con Electrocardiograma normal o en aquellos con Electrocardiograma patológico en los que se ha descartado mediante Estudio Electrofisiológico origen arritmico del síncope. Previamente en todos los pacientes se habrá descartado enfermedad neurológica o cardíaca como causa del síncope.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No existen alternativas a esta prueba.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Aportar mas datos sobre el origen de sus síncope y posiblemente el diagnostico definitivo de la causa.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

Generalmente no existen complicaciones, produciéndose él síncope por descenso brusco de la tensión arterial o por parada cardíaca transitoria, recuperándose espontáneamente la consciencia al tumbiar al paciente.

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

Derivadas de la vía venosa: punción arterial, flebitis, hematoma, extravasación, embolismo gaseoso, tromboembolismo pulmonar y sistémico.

Derivadas del fármaco: tos, nerviosismo, temblor, anafilaxia, taquicardia, arritmias.

Derivadas del síncope: vómito, broncoaspiración, parada cardíaca que precise maniobras de resucitación avanzada (masaje cardíaco, intubación traqueal y ventilación), daño cerebral, heridas inciso-contusas, fracturas.

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 |