

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALVULOTOMÍA CON BALÓN

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

SECCIÓN DE HEMODINÁMICA

*¿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

Este procedimiento consiste en la dilatación de una de las válvulas del corazón, habitualmente la válvula mitral, y/o aórtica con objeto de resolver la obstrucción de la misma sin recurrir a la cirugía cardíaca. Se realiza con anestesia local y consiste en la introducción de una serie de catéteres a través de las arterias y venas del corazón, para medir las presiones del corazón y posterior inyección de contrastes para valorar el estado funcional del mismo. Posteriormente se procede a la introducción de un catéter especial provisto de un globo de dilatación que al atravesar la válvula estenótica, y una vez inflado es capaz de dilatar la válvula.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo de este procedimiento es poder dilatarle la obstrucción valvular sin tener que recurrir a la Cirugía Cardíaca, por lo que los beneficios obtenidos con este procedimiento superan con mucho los riesgos del mismo, ya que la inmensa mayoría de los casos (95%) puede evitarse la cirugía. No obstante es imprescindible que antes de aceptar este procedimiento esté totalmente informado de los beneficios y riesgos potenciales del mismo.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El tratamiento alternativo es la cirugía y debe conocer que en este hospital no existe Servicio de Cirugía Cardíaca, por lo que deberíamos solicitar la misma a otro Centro dentro del Sistema Sanitario.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

La mayoría de los pacientes solo experimentan las molestias propias de las punciones sin complicaciones añadidas.

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

En raros casos se producen complicaciones importantes, tales como la posibilidad de embolias o perforaciones en el corazón, en relación con el uso de los catéteres (2-3%), o bien hematomas a nivel de las punciones que pueden requerir cirugía a ese nivel en las siguientes horas (2%).

Muy rara vez se producen complicaciones fatales (1%), bien en relación con el procedimiento bien en relación con el uso de contrastes yodados.

Es importante que Vd. sepa que aunque infrecuente (2%) existe la posibilidad de que en las siguientes horas, tras el intento de valvulotomía, debe ser intervenido quirúrgicamente para la reparación o sustitución de la válvula, por lo que debe asumir y aceptar la posibilidad de intervención quirúrgica antes de dar su aprobación para la realización de la valvulotomía.

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