

ESCRITO PARA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

CENTRO SANITARIO: CEDICAR S.C.

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón, de la aorta o con sospecha de ellas. Permite obtener imágenes del corazón mediante ultrasonidos, y sirve para detectar y valorar la presencia de lesiones en su interior o en estructuras muy próximas.

CÓMO SE REALIZA:

Con el paciente en ayunas y tumbado. Se le aplica anestesia local en la garganta y en algunos casos se efectúa una sedación suave.

Se introduce despacio una sonda (tubo largo y flexible) 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.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

La molestia principal es la náusea (ganas de vomitar) producida por la presencia de la sonda en la garganta. También se puede producir salivación abundante y puede notar ligeros movimientos de la sonda en su interior.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En su estado clínico actual, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por lo que se le indica la conveniencia de que le sea practicada para valorar su situación actual y adecuar el tratamiento mejor para usted.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En determinados pacientes se pueden efectuar otras pruebas como la Resonancia Magnética Nuclear para complementar la información obtenida con esta prueba.

En su caso: QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

En general, son problemas leves como:

- Irritación local de la garganta. Pulso más lento. Mareo. Bajada de tensión arterial. Ligero sangrado, esto último ocurre en casos que el paciente tiene enfermedades relacionadas con la coagulación de la sangre.

• **LOS MÁS GRAVES:** De forma excepcional puede producirse una perforación en el esófago.

LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Si presenta afecciones esofágicas, gástricas o intestinales, examen endoscópico reciente, vómito de sangre, radioterapia torácica, artritis reumatoidea con afectación de la articulación atlantoaxoidea.

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente. - También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión.)

Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE:

DNI / NIE:

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL:

DNI / NIE :

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE:

Fecha:

Firma:

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña

, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En Sevilla a de de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.: