

ESCRITO PARA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO

CENTRO SANITARIO: CEDICAR S.C.

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO

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 que se realiza a pacientes con enfermedades del corazón, o con sospecha de enfermedad de las arterias coronarias. Permite conocer de forma más acertada la enfermedad que tiene o valorar el tratamiento mejor a seguir. Esta prueba consiste en visualizar el corazón antes, durante y después de un esfuerzo.

CÓMO SE REALIZA:

Para ello estará tumbado en una camilla donde se le practicará una ecografía, para después hacer un ejercicio (andar sobre una cinta o pedalear en una bicicleta tumbada) y realizar de nuevo ecografías durante e inmediatamente de finalizar el esfuerzo. Se aumenta de forma progresiva la velocidad, la pendiente de la cinta, el nivel de carga de la bicicleta o de la cinta del ergómetro, en periodos de tiempo controlados por los profesionales que están realizándole la prueba. Durante la exploración se controlan la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el electrocardiograma (la actividad del corazón), para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecieran síntomas o signos alarmantes.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Puede sentir cansancio muscular, mareo, dolor en el pecho, dolor en las piernas, sensación de "ahogo". También puede tener oscilaciones en la tensión arterial, alteraciones en el ritmo cardíaco, que se alivian o desaparecen al dejar de hacer la actividad física a la que le están sometiendo.

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:

Depende de la patología que usted padezca. En algunos casos se pueden utilizar otras técnicas diagnósticas como la medicina nuclear o el ecocardiograma con estrés farmacológico.

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: Bajada de tensión arterial. Mareo. Sudoración.

Que suelen remitir al adoptar una posición adecuada del cuerpo que el profesional le indicará.

• **LOS MÁS GRAVES:** En general, son problemas poco frecuentes como: Alteraciones graves del ritmo cardíaco. Desvanecimientos, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca. De forma muy excepcional hay riesgo de muerte, ocurre en 1 persona de cada 10.000 que se realiza la prueba.

LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

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.: