

ETIQUETA					
Nº Historia Clínica _____					
APELLIDO1 _____		APELLIDO2, _____		NOMBRE _____	
NSS _____	Tit. _____	DNI _____	F.Nacimiento _____	Edad _____	Sexo _____
Dirección _____			Tlf. _____		
SERVICIO _____			HABITACION _____		

#### CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

El test de adenosina se emplea para poner de manifiesto una preexcitación latente en enfermos en los que se sospecha de Síndrome de Wolf-Parkinson-White. Se administra adenosina intravenosa y aparece una respuesta normal si se observa un bloqueo transitorio de la conducción auriculoventricular. Por lo contrario, tras la administración de adenosina se deduce la presencia de una vía accesoria con conducción anterógrada si aparece un acortamiento del intervalo PR o un ensanchamiento del QRS sin interrupción en la conducción auriculoventricular. Se realiza con el paciente en ayunas y tumbado, controlando en todo momento la presión arterial y el electrocardiograma. Se inyecta en una vena periférica una sustancia (adenosina) a dosis crecientes según el efecto que produzca, mediante una infusión rápida en segundos acompañada de suero para que la adenosina llegue rápidamente al corazón y ejerza su efecto máximo. Un cardiólogo comprueba en todo momento si se producen modificaciones en el electrocardiograma.

#### RIESGOS, POSIBLES COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La adenosina es un fármaco de vida media corta, por lo que los posibles efectos secundarios que genere suelen ser autolimitados y de breve duración. Como riesgos frecuentes pueden aparecer síntomas como opresión torácica, sofoco y sensación de calor. A su vez, como riesgos infrecuentes pueden aparecer mareo, cefalea y broncoespasmo en pacientes asmáticos. En su actual estado clínico los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

#### ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

5. ¿Hay otras alternativas?

Esta prueba está indicada preferentemente en su caso.

Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

#### RIESGOS PERSONALIZADOS Y PROFESIONALES

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales son \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE SU INTERÉS

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento médico al que va a ser sometido y los riesgos y complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas. Por favor, lea atentamente este documento y consulte con su médico las dudas y aclaraciones que se le planteen.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**  
*CAPÍTULO IV. Ley 41/2002, de 14 de noviembre*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D./Dña. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, y D.N.I. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente, representante legal, familiar o allegado)  
en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/a D./Dña. \_\_\_\_\_ me ha informado de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el procedimiento \_\_\_\_\_  
(Nombre del procedimiento)

En Santa Cruz de Tenerife, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_

**Firma del médico**

**Firma del paciente**

**o**

**Firma del representante legal,  
familiar o allegado (\*)**

Nº colegiado \_\_\_\_\_

**DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Después de haber sido informado de la naturaleza y los riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

**Firma del médico**

**Firma del paciente**

**o**

**Firma del representante legal,  
Familiar, allegado o Testigo (\*)**

Nº colegiado \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN**

D./Dña. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, y D.N.I. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente, representante legal, familiar o allegado)  
en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_, y no deseo proseguir el citado procedimiento que doy con esta fecha por finalizado.

En Santa Cruz de Tenerife, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_ .

**Firma del paciente**

**Firma del representante legal,  
familiar o allegado (\*)**

\* Representante legal en los casos contemplados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.