

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

CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

¿Qué es?

Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedad de las arterias coronarias.

¿Para qué sirve?

Permite obtener imágenes del corazón mediante ultrasonidos, y sirve para valorar cómo se contraen sus paredes tras la administración de un fármaco.

¿Cómo se realiza?

Se realiza con el paciente en ayunas y tumbado, colocándole sobre la pared anterior del tórax un pequeño emisor-receptor (transductor) de sonido. Mientras se ven y se graban las imágenes del corazón contrayéndose, se inyecta en una vena una sustancia (dobutamina) que aumenta el trabajo del corazón. Durante toda la exploración se controlan la presión arterial y el electrocardiograma.

RIESGOS, POSIBLES COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Pueden notarse palpitaciones e incluso angina de pecho, pero ceden pronto. Ocasionalmente pueden presentarse elevaciones o descensos tensionales transitorios, y excepcionalmente alguna complicación grave (infarto de miocardio).

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Esta exploración 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.