

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

CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

1. ¿Qué es?
Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón, o con sospecha de ellas, que tienen alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias).
2. ¿Para qué sirve?
Permite conocer el tipo y gravedad de las arritmias, el lugar del corazón donde se originan y los trastornos que producen. Sirve además para enfocar mejor el tratamiento que debe aplicarse.
3. ¿Cómo se realiza?
Se realiza estando el paciente en ayunas, consciente aunque sedado, y tumbado. Se le aplica anestesia local en la zona de la piel donde se efectuará la punción (ingle, brazo o cuello), para que la exploración no resulte dolorosa. A través de las venas o arterias de dichas zonas se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por radioscopia. Los catéteres sirven para registrar permanentemente la actividad eléctrica del corazón desde su interior, pero también sirven como marcapasos cuando se conectan a un aparato estimulador externo. A veces es necesario administrar algún fármaco durante la prueba para precisar el diagnóstico de la arritmia. La duración del estudio es variable, debiendo permanecer después en cama varias horas.

RIESGOS, POSIBLES COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

4. ¿Qué riesgos tiene?
Es habitual que note palpitaciones en muchos momentos del estudio, ya que son provocadas por los catéteres o por efecto de la medicación administrada. En ocasiones puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para resolver un problema súbito. La mayoría de las veces sólo habrá una leve molestia en la zona de punción, o la aparición de un hematoma que se reabsorberá casi siempre espontáneamente. Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o arterial, hemorragia que precise transfusión, perforación cardíaca con taponamiento, embolia pulmonar o sistémica), si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente; es excepcional el riesgo de muerte (1 por 3.000).

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.