

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 sospecha de padecer síndrome de QT largo, una enfermedad genética de los canales de potasio y sodio del corazón (también llamada "canalopatía"), que predispone a las personas afectadas a arritmias malignas que pueden provocar pérdida de la conciencia, una parada cardiaca e incluso la muerte súbita.

¿Para qué sirve?

Permite desenmascarar patrones electrocardiográficos del síndrome de QT largo observando un comportamiento paradójico del intervalo QT durante la infusión de pequeñas dosis de epinefrina (adrenalina), principalmente en los casos de pacientes con algún familiar afectado por este síndrome o con antecedentes familiares de muerte súbita.

¿Cómo se lleva a cabo?

Usted debe estar en ayunas y tumbado/tumbada. Se le inyectará en una vena una sustancia (adrenalina) por medio de un bolo y después una infusión con suero durante cinco minutos. Un cardiólogo comprobará en todo momento si se producen modificaciones en el electrocardiograma y también se le monitorizará la presión arterial.

RIESGOS, POSIBLES COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Pueden aparecer síntomas leves (palpitaciones, taquicardia, vértigo, alteraciones visuales, cefalea, mareo, náuseas, sequedad de la boca), que normalmente desaparecen pocos minutos después de terminar la prueba. En ciertos casos de enfermedad coronaria importante, se pueden presentar excepcionalmente trastornos del ritmo cardíaco graves, síncope y, muy ocasionalmente, infarto de miocardio; el riesgo de paro cardíaco por fibrilación ventricular es muy bajo, ya que las dosis de adrenalina que se administran son muy pequeñas.

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.