



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 forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias).

2. ¿Para qué sirve?

Permite devolver al corazón su ritmo regular normal, suprimiendo la arritmia que tenía y sus consecuencias perjudiciales. Generalmente se efectúa con carácter electivo.

3. ¿Cómo se realiza?

Se realiza con el paciente en ayunas y tumbado, bajo los efectos de la anestesia general o mediante sedación profunda para que el procedimiento no sea doloroso. Se extiende un gel sobre las paletas del aparato desfibrilador, y se aplican éstas en la pared anterior del tórax más próxima al corazón. Se suministran una o varias descargas eléctricas (“choques”), breves pero de cierta potencia, para intentar lograr la desaparición de la arritmia. Durante el procedimiento se controla permanentemente el electrocardiograma.

RIESGOS, POSIBLES COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

4. ¿Qué riesgos tiene?

Puede existir irritación e incluso leve quemadura de la zona de la piel donde se aplicó la descarga. La administración de hipnóticos, sedantes y relajantes musculares no suele plantear problemas durante el despertar. Es muy raro un accidente embólico, ya que el paciente recibe medicamentos para disminuir la coagulación de su sangre. Ocasionalmente pudieran presentarse otros trastornos del ritmo graves y súbitos que requieran choque eléctrico inmediato, siendo excepcional la implantación urgente de marcapasos.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

5. ¿Hay otras alternativas?

Este tratamiento está indicado de modo preferente 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.