

■ Autorización para estudio electrofarmacológico cardiaco ■

D./Dña. _____, con D.N.I. _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizado:

¿EN QUE CONSISTE?

Como usted sabe por la información que ha recibido del equipo médico que le atiende y después de los estudios realizados, se ha considerado necesaria la realización de un ESTUDIO ELECTROFARMACOLÓGICO. Si tras leer este consentimiento desea más información o posibles alternativas, no dude en consultarlo con sus médicos.

Es una prueba diagnóstica para pacientes con alteraciones del funcionamiento eléctrico del corazón o con sospecha de padecerlas. Consiste en la administración de un fármaco por vía intravenosa y estudiar mediante el registro electrocardiográfico de la actividad eléctrica cardiaca.

Se canaliza una vía venosa del antebrazo del paciente y se monitoriza el ritmo del corazón mediante un electrocardiograma. Se administra una medicación por vía intravenosa (flecainida, ajmalina, procainamida, adenosina o isoproterenol) y se estudia la respuesta del sistema eléctrico del corazón ante esta medicación.

Durante este tiempo estará consciente. Si es conveniente se le pondrá una medicación para relajarle y tranquilizarle, pero no se utiliza anestesia general.

La duración del procedimiento es variable; entre 20 minutos y una hora.

El objetivo que se persigue con este estudio es conocer las características de la alteración del ritmo de su corazón (arritmia o trastorno de la conducción eléctrica cardiaca).

COMPLICACIONES

La posibilidad de que se presenten complicaciones es excepcional. En la zona de punción puede aparecer un pequeño hematoma o notar molestia ligera.

Las complicaciones importantes suceden rara vez (menos del 1 por cada 1000 pacientes) y pueden ser fundamentalmente arritmias cardiacas que pueden precisar tratamiento específico, en ocasiones con una descarga eléctrica.

Riesgos personalizados:

Esta prueba diagnóstica ayudará a confirmar o descartar el diagnóstico de la alteración eléctrica que se sospecha en su caso.

Si usted rechaza la intervención, en ningún caso se va a producir desatención sino que se le va a seguir tratando de mejor manera posible.

Usted debe saber que existe disponibilidad absoluta por parte del médico que le está informando a ampliar la información si usted así lo desea.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo REVOCAR este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

FECHA: Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

MÉDICO INFORMANTE:

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..

Nº de Colegiado:

Firma:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..

D.N.I.:

Firma:

TESTIGO:

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

D.N.I.:

Firma:

En caso de **REVOCACIÓN/DENEGACIÓN** (*táchese lo que no proceda*) del consentimiento:

FECHA: Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

MÉDICO

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..

Nº de Colegiado:

Firma:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..

D.N.I.:

Firma:

TESTIGO:

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

D.N.I.:

Firma: