hm hospitales

Terapia electroconvulsiva
Documento de información y consentimiento

PACIENTE é ..

DNI: é é é é é é é é é é é

Nombre del Médico que informa: é

Nº de Colegiado: é é é é é é é é é é ..

Como paciente tiene usted derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de terapéuticas necesarias para su salud y bienestar.

Usted ha recibido información sobre su diagnóstico de é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

Durante el período de tiempo que se mantiene la TEC, puede producirse una disminución de memoria principalmente para hechos cercanos, que puede ser mayor al final del tratamiento, pero al acabar la TEC la memoria empieza a recuperarse y 6 meses después es prácticamente normal en la mayoría de los pacientes. Se trata en la mayoría de los casos de una alteración transitoria. A día de hoy no ha podido demostrarse ningún tipo de efecto lesivo de la TEC sobre el sistema nervioso central.

También es posible la aparición de síntomas de euforia, como sucede con cualquier tratamiento antidepresivo. En cualquier caso se trata, ésta última, de una circunstancia muy rara que, además, no implicaría la supresión del tratamiento.

RESULTADOS Y ALTERNATIVAS

La TEC se considera un tratamiento rápido y eficaz, pero no se puede asegurar un resultado específico. Como con otros tratamientos médicos, algunos pacientes mejoran con rapidez, otros lentamente e incluso pueden no mejorar en absoluto. Aunque la recuperación sea completa, después de la TEC se prescribe tratamiento con medicamentos para prevenir recaídas o en algunos casos puede indicarse mantenimiento con TEC periódicamente.

Creemos que la TEC es el mejor tratamiento para este caso, más eficaz que cualquier medicación disponible.

El tratamiento con medicamentos puede estar también indicado y ser eficaz, pero tiene sus propios riesgos y complicaciones. Las ventajas y desventajas de cada opción pueden deliberarse con el médico responsable, si así lo desea.

Aunque firme voluntariamente un acuerdo para recibir TEC, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, incluso antes de que se inicie. La retirada del consentimiento para el tratamiento de TEC no perjudica de ninguna manera al tratamiento continuado del paciente con otros alternativos disponibles.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

¿CÓMO TIENE QUE PREPARARSE?

La TEC es una técnica que se aplica con anestesia general. Deberá permanecer en ayuno durante 8 horas previas. Es posible que deba suspender la toma de algunas medicaciones, según indicación del médico tratante, en las horas previas a la administración del TEC.

Algunos marcapasos y otros dispositivos implantados de última generación son compatibles con esta prueba. Deberá solicitar a su médico la información precisa (por escrito) que garantice que portar uno de esos dispositivos no contraindica la realización de la prueba. En algunos casos la propia documentación que debe llevar con el dispositivo también especifica esta característica.

AUTORIZACIÓN PARA TEC

Don/Doña ....., con D.N.I. é é é é é é é é é é é é ..,

o en su nombre (representante) Don/Doña .....,

con D.N.I é é é é é é é é é é é en calidad de é é é é é é é é é é é é é é é . :

CONSIENTO

Firma del paciente/representante, **Firma del médico**

Fecha:_____

AUTORIZACIÓN PARA LA PRUEBA EN CASO DE ESTAR EMBARAZADA

CONSIENTO la realización de la prueba:

Firma del paciente/representante, **Firma del médico**

Fecha:_____

DENEGACIÓN/REVOCACIÓN

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, y de las alternativas posibles, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Firma del paciente/representante (*), **Firma de testigo(**)** **Firma del médico,**

Fecha:_____

(*)Datos del representante (si procede):

Don/Doña ....., con D.N.I é é é é é é é é é en calidad de .....

(**)Datos del testigo:

Don/Doña ....., con D.N.I é é é é é é é é