

Consentimiento informado prueba de esfuerzo convencional

1. ¿Qué es?

Es una prueba con fines diagnósticos o pronósticos para pacientes con enfermedades del corazón, o con sospecha de enfermedad de las arterias coronarias.

2. ¿Para qué sirve?

Permite comprobar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado. Sirve además para valorar la capacidad global de su organismo ante dicho esfuerzo y poder medir, si procede, el consumo de oxígeno respirado.

3. ¿Cómo se realiza?

Se realiza caminando sobre una cinta rodante, pedaleando en bicicleta ergométrica, o en un ergómetro específico. Mientras usted realiza dicho ejercicio, se aumenta progresivamente la velocidad, la pendiente o ambas de la cinta rodante, o el nivel de carga de la bicicleta o del ergómetro, en períodos de tiempo determinados. Durante toda la exploración se controlan la presión arterial, la frecuencia del pulso y el electrocardiograma para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecieran síntomas o signos alarmantes.

4. ¿Qué riesgos tiene?

Pueden existir síntomas (cansancio muscular, mareo, dolor de pecho . angina-, dolor en las piernas) o signos (hipertensión arterial) que se aliviarán o desaparecerán al cesar la actividad física. En ciertos casos de enfermedad coronaria importante pudieran presentarse trastornos del ritmo cardiaco graves, síncope y muy ocasionalmente infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca; el riesgo de muerte es excepcional (1 por 10.000).

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son
.....
.....

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.

5. ¿Hay otras alternativas?

Esta exploración está indicada preferentemente en su caso.

Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

Consentimiento

Yo, D./Dña. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizado una **PRUEBA DE ESFUERZO**.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Testigo

D.N.I.:
Fdo.:

Paciente

D.N.I.:
Fdo.:

Médico

Dr.:
Nº. Colegiado:
Fdo.:

Representante legal

D.N.I.:
Fdo.:

Denegación o Revocación

Yo, D./Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Testigo

D.N.I.:
Fdo.:

Paciente

D.N.I.:
Fdo.:

Médico

Dr.:
Nº. Colegiado:
Fdo.:

Representante legal

D.N.I.:
Fdo.: