

CARDIOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ECOGRAFIA CON ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO "SONOVUE"

Nombre del paciente:

Nº de historia:

Nombre del médico que le informa:

Fecha:

En qué consiste:

Ud. va a realizar una ecografía con contraste intravenoso a petición de su médico.

Esta prueba va a proporcionar una información que nos ayudará a comprender y tratar mejor su enfermedad.

Como parte de la misma, es necesaria la inyección en una vena de un contraste que permite ver mejor el corazón y estudiar si presenta lesiones y el tipo de estas.

Riesgos típicos:

En la mayoría de los casos, la inyección intravenosa del contraste no produce ninguna molestia, salvo la del pinchazo en la vena. Sin embargo, ocasionalmente, puede producir efectos secundarios adversos de diferentes tipos.

1º.- Reacciones leves: son la mayoría, consistiendo en efectos desagradables, como cefalea, náuseas, dolor quemazón o entumecimiento en el punto de inyección, picores, dolor abdominal, de espalda, o torácico, visión borrosa, presión nasal, irritación de garganta, mareos, insomnio, sabor extraño, o debilidad. Estas reacciones no precisan tratamiento, y se corrigen fácilmente.

2º.- Reacciones graves: muy infrecuentes, de tipo alérgico, entre ellas el Shock anafiláctico.

Riesgos personalizados:

Estos riesgos pueden ser mayores en algunas circunstancias, por lo que es muy importante que nos comunique si presentó previamente alguna reacción alérgica, o si tiene alguna enfermedad conocida, como diabetes, u otras alergias.

Su médico ya tiene en consideración las nuevas contraindicaciones que el comité para medicamentos de uso humano estableció para el uso de SONOVUE, tras haber analizado las complicaciones reportadas que se han achacado a su utilización. Son básicamente la enfermedad coronaria severa aguda o desestabilizada, la insuficiencia cardíaca severa, y trastornos graves del ritmo cardíaco.

Hoy día no hay ninguna prueba que permita conocer en qué personas se va a producir una reacción, ni la intensidad o gravedad de esta.

Alternativas posibles:

Aunque en casos concretos puedan existir otros procedimientos alternativos que no precisan la inyección intravenosa de contraste, la información que se obtiene puede ser menor. En su caso particular, se ha considerado que esta es la prueba diagnóstica más adecuada.

Declaro que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento.

*Estoy **satisfecho** con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.*

En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de ecografía con administración de contraste intravenoso “sonovue”.

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

Nombre del representante legal

*Firma
D.N.I.*

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha revoco el consentimiento prestado para la realización de ecografía con administración de contraste intravenoso “sonovue”

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad de la paciente, con indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor, etc)

Nombre del representante legal

*Firma del representante legal
D.N.I.*