

CARDIOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO

Nombre del paciente:

Número de historia:

Nombre del médico que le informa:

Fecha:

En que consiste:

Esta prueba consiste en visualizar el corazón antes, durante y después de un esfuerzo. Para ello estará tumbado en una camilla, donde se le practicará una ecografía, para después hacer un ejercicio (andar sobre una cinta o pedalear en una bicicleta tumbada) y realizar de nuevo ecografías durante e inmediatamente después de finalizar el esfuerzo.

Riesgos típicos:

Durante la prueba puede aparecer dolor torácico, fatiga o malestar que desaparecen en la fase de recuperación. La duración aproximada del estudio será de 45 minutos. Aunque también pueden aparecer otras complicaciones más graves, éstas son excepcionales y disponemos de los medios humanos y técnicos para solucionarlas, con lo que se reduce la peligrosidad de las consecuencias de estas complicaciones.

Riesgos personalizados:

-
-
-

Alternativas posibles:

-
-
-

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 realizar ecocardiografía de esfuerzo.

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 ecocardiografía de esfuerzo.

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.