

CARDIOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON
DOBUTAMINA

Nombre del paciente:

Nº de historia:

Nombre del médico que le informa:

Fecha:

En qué consiste:

Esta prueba consiste en visualizar el corazón con ultrasonidos mientras se administra una medicación, que hace que el corazón trabaje con más rapidez e intensidad. Para ello, estará tumbado en una camilla, se le habrá colocado un suero (“gotero”) en el brazo, electrodos para ver el electrocardiograma y un manguito para la toma de la presión arterial. Se le realizarán varias ecografías mientras se le administra el fármaco (dobutamina) a través del “gotero”.

Riesgos típicos:

Puede notar sensación de hormigueo facial, calor, mareo, fatiga o palpitaciones durante algunos segundos. También puede aparecer dolor torácico. La duración aproximada del estudio será de 45 minutos. Aunque también pueden aparecer otras complicaciones más graves (arritmias, shock, infarto), éstas son excepcionales y disponemos de los medios humanos y técnicos necesarios 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 estrés con dobutamina.

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 estrés con dobutamina.

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.