

CARDIOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE ESFUERZO CONVENCIONAL

Nombre del paciente:

n° de historia:

Nombre del médico que le informa:

Fecha:

En qué consiste:

Es una prueba con fines diagnósticos o pronósticos, para pacientes con enfermedades del corazón o con sospecha de cardiopatía isquémica. 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.

Se realiza caminando sobre una cinta rodante o pedaleando en bicicleta ergométrica, mientras se aumenta progresivamente la velocidad y pendiente de aquella o el nivel de trabajo de ésta, en periodos 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.

Riesgos típicos:

Pueden existir síntomas (cansancio muscular, mareo, angina de pecho, 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 cardíaco graves, síncope y, muy ocasionalmente, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca; el riesgo de muerte es excepcional (1 por 10.000).

Riesgos personalizados:

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.

Alternativas posibles:

Esta exploración está indicada preferentemente en su caso.

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

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 la prueba de esfuerzo convencional.

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.).

Firma
D.N.I.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha revoco el consentimiento prestado para realizar la prueba de esfuerzo convencional.

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.