

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO DE LA ECOCARDIOGRAFIA C/DOBUTAMINA

INFORMACIÓN:

- 1- **¿Qué es?:** Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón o sospecha de ellas
- 2- **¿Para que sirve?:** permite obtener imágenes del corazón mediante ultrasonidos, y sirve para detectar y valorar la existencia de lesiones en su interior o en estructuras próximas..
- 3- **¿Cómo se realiza?** Se realiza con el paciente en ayunas y tumbado. Se le administra un fármaco, dobutamina intravenosa para subir la frecuencia cardíaca y estudiar la contractilidad segmentaria.
- 4- **¿Qué riesgos tiene?:** No implica riesgos salvo los habituales de intolerancia al fármaco o hipertensión severa previa en cuyo caso se administraría dipiridamol .
- 5- **¿Hay otras alternativas?:** Esta exploración proporciona datos muy útiles cuando la ecocardiografía-doppler transtorácica no los aporta suficientemente.

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

DECLARACIONES Y FIRMAS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:

El Médico Dr me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para que sirve ésta técnica. También me ha explicado los riesgos existente, las posibles molestias o complicaciones y que es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que dicho doctor y el personal ayudante que precise, la realicen. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)

DECLARACIONES Y FIRMAS DEL MEDICO:

Dr.....

He informado a este paciente, y/o representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento de ecocardiografía c/dobutamina, así como de sus riesgos y alternativas.

Fdo:
(Firma y n° colegiado)

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDOS.....

N° DE HISTORIA:**N° DE HABITACIÓN**.....**FECHA**.....



A-75-022/0008

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.

_____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

Fdo:

D.N.I.:

PACIENTE

Fdo:

D.N.I.:

MÉDICO

Fdo:

Nº Colegiado:

REPRESENTANTE LEGAL

Fdo:

D.N.I.: