

**DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Prueba de mesa basculante**

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente: .....		
Dr: .....		
C.I.A.: .....		
Planta: .....		
F. Ingreso: .....F. Nacimiento: .....		

**1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Es una prueba diagnóstica para pacientes que han tenido pérdida de conciencia (síncope) o sospecha de ella. Se realiza estando el paciente en ayunas, consciente, tumbado en una camilla y sujeto a ella. Mientras permanece varios minutos en posición horizontal se le da un masaje en el cuello (región de la carótida). A continuación se va inclinando progresivamente la camilla (no menos de 45° y no más de 80°), manteniéndola así un tiempo determinado (generalmente inferior a una hora). Durante la exploración se controlan permanentemente el electrocardiograma y la tensión arterial para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecieran síntomas o signos alarmantes. Suele administrarse en una segunda fase algún fármaco (nitroglicerina sublingual), para acentuar las reacciones del organismo.

**2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

Permite comprobar la respuesta del corazón y del aparato circulatorio ante los cambios posturales del propio cuerpo. Ayuda también a detectar la posible causa del síncope.

**3. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO**

Esta exploración está indicada preferentemente en su caso.

**4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Las descritas en el apartado de beneficios

**5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

Si no se realiza el procedimiento podría ocurrir .....

.....

**6. RIESGOS FRECUENTES**

Es habitual que el paciente tenga inicialmente palpitaciones. Si la frecuencia de las pulsaciones disminuye bastante (bradicardia) o desciende de modo importante la tensión arterial (hipotensión), puede notar mareo o incluso tener un desmayo. Ambas situaciones se resuelven volviendo a la posición horizontal.

**7. RIESGOS POCO FRECUENTES**

Es excepcional la aparición de problemas graves.

**8. RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada la situación clínica y sus circunstancias personales, son .....

.....

.....

.....

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

**9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....  
.....,DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....  
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente.....  
.....

**DECLARO:**

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi  
situación la realización de.....  
.....

En..... a .... de ..... de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº: .....

**10. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2.....y no deseo proseguir el  
tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a ..... de ..... de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....