

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
-------------------------	--------------------

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) ECOCARDIOGRAFÍA CON ESTRÉS FARMACOLÓGICO**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Es una prueba para visualizar el corazón con ultrasonidos, mientras se administra una medicación que hace que el corazón trabaje con más rapidez e intensidad.

Sirve para valorar cómo se contrae el corazón tras la administración de un fármaco.

Y el aumento del trabajo en su corazón permitirá desenmascarar déficit en el riego del mismo o un mayor grado de lesión valvular que en condiciones normales no se aprecian.

**CÓMO SE REALIZA:**

En primer lugar, debe estar usted en ayunas. Una vez tumbado se le coloca un suero (gotero) en el brazo con una sustancia que poco a poco provoca que el corazón trabaje con más rapidez e intensidad, como si se le sometiera a un ejercicio físico.

En la zona del pecho se le colocarán unas pegatinas con cables (electrodos), para visualizar la actividad del corazón durante la realización de la prueba, y en el brazo un manguito para la toma de presión arterial. La prueba está en todo momento controlada al medir la presión arterial y con el electrocardiograma.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Habitualmente esta exploración no produce efectos negativos. Permite ver mejor la respuesta de su corazón al funcionar de forma más rápida e intensa y así detectar si hay una enfermedad cardíaca.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Esta técnica aporta datos muy útiles cuando otra exploración más tradicional no es suficiente, por lo que contribuye a un buen diagnóstico y tratamiento de su enfermedad si se detectara.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Esta exploración está indicada preferentemente en su caso. En algunos casos se pueden utilizar otras técnicas como la Medicina Nuclear con estrés farmacológico o la prueba de esfuerzo, pero todas tienen los mismos riesgos e incomodidades y pueden ser menos fiables para establecer el diagnóstico.

En su caso:

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

En general son problemas leves como:

- Dolor de cabeza.
- Sensación de "hormigueo".
- Temblor.
- Náuseas.
- Palpitaciones.
- Dolor en el pecho.

- **LOS MÁS GRAVES:**

En general son muy poco frecuentes. Al igual que con otras pruebas en las que se esfuerce su corazón, excepcionalmente puede producirse:

- Un infarto de miocardio, aunque el personal que realiza la prueba está preparado para tomar las medidas oportunas en estos casos.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

---

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

No se recomienda en pacientes con síndrome coronario no estabilizado, insuficiencia cardíaca descompensada, arritmias complejas, bloqueo AV de alto grado, hipertensión severa o hipotensión y en pacientes con deficiente ventana ultrasónica.

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

---

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

---

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---



<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE CARDIOLOGÍA</b>
-------------------------	------------------------------------

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---