clínica biobío
Contigo las 24 hrs.

SCARDINCORP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO

FECHA:…….

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente……..RUT:…….……
Nombre y apellidos (Representante legal)……RUT:……..…..……

EN QUE CONSISTE

El estudio electrofisiológico cardiaco es una prueba diagnostica para pacientes con enfermedades del corazón, o sospecha de ellas, que tienen alteraciones en el ritmo cardiaco arritmias).

Permite conocer el tipo de gravedad de las arritmias, el lugar del corazón en donde se originan y los trastornos que producen.

Sirve además, para enfocar mejor el tratamiento que debe aplicarse.

Se realiza estando el paciente en ayunas, conciente aunque orientado y tumbado. Se le aplica anestesia local en la zona de la piel en donde se hará la punción (ingle, brazo, cuello) para que la exploración no resulte dolorosa. A través de las venas o de las arterias de dichas zonas se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por radioscopia. Los catéteres sirven para registrar permanente la actividad eléctrica del corazón desde su interior, pero también sirven como marcapasos cuando se conectan a un aparato estimulador externo. A veces es necesario administrar algunos fármacos durante la prueba para precisar el diagnostico de la arritmia.

La duración del examen es variable, debiendo permanecer después en cama.

RIESGOS TIPICOS

Es habitual que note palpitaciones en muchos momentos del estudio, ya que son provocadas por los catéteres o por efecto de la medicación administrada. En ocasiones puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para resolver un problema súbito. La mayoría de las veces sólo habrá una leve molestia en la zona de punción o la aparición de un hematoma que se reabsorberá casi siempre espontáneamente. Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o arterial, embolia pulmonar o sistémica), si bien algunas de ellas pueden ser graves y requerir actuación urgente; es excepcional el riesgo de muerte (1 por 3000).

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 apareciera complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende esta capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

ALTERNATIVAS POSIBLES

Esta pruebe esta indicada preferentemente en su caso.

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

clínica biobío
Contigo las 24 hrs.

DECLARACION Y FIRMAS

• DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
• Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
• Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
• Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
• También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO	PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
Dr(a). ……..	Sr(a). ……..
RUT. ……..	RUT. ……..
Firma: …….. ……	Firma: ……..

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, NO LO ACEPTO, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: ……..
RUT: ……
Firma:……..
Fecha:……..

REVOCACION

☐ REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente ……..)

☐ REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: ……..
RUT:……..
Firma:……
Fecha:……