

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- El estudio electrofisiológico cardíaco es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón, o sospecha de ellas, que tienen alteraciones en el ritmo cardíaco (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

PROCEDIMIENTO

- El procedimiento consiste en introducir a través de las venas o de las arterias 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..

CARACTERÍSTICAS

- 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, 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 diagnóstico de la arritmia.
- La duración del examen es variable, debiendo permanecer después en cama.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.
- 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).
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN 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.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (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

REVOCACIÓN

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