

Consentimiento Informado

Cardioversión Eléctrica

Fecha: _____

Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: _____ Edad: _____

Nombre y apellidos representante legal: _____

Información del Paciente:

- El ritmo de funcionamiento de su corazón es desordenado (tiene una Arritmia). Esto probablemente provoca que se cansé, que note palpitaciones o incluso que se maree.

¿Por qué debería someterse a este tratamiento?

- Su médico cardiólogo ha considerado oportuno, para intentar que su corazón recupere su ritmo normal, indicar una Cardioversión. Como preparación al tratamiento, deberá tomar un mes antes, un medicamento anticoagulante (NEOSINTROM), que será controlado por su cardiólogo.

¿En qué consiste la Cardioversión?

- Deberá estar en ayunas.
- Primero, le haremos un electrocardiograma, para comprobar que continúa con arritmia. Si es así, le pondremos una vía venosa periférica (pequeño tubo de plástico en la vena). Le colocaremos unos electrodos para registrar el electrocardiograma y le administraremos un sedante a través del catéter, para anestesiarse durante unos 3 minutos (este es el tiempo necesario para hacer la Cardioversión). La técnica consiste en aplicar sobre el tórax una descarga eléctrica controlada, para intentar normalizar el ritmo cardíaco.

¿Qué puede pasar después de la Cardioversión?

Tanto si el tratamiento es efectivo como si no lo es, cuando se despierte probablemente no recordará nada y se encontrará perfectamente. Deberá permanecer unas 3 horas en observación. Su médico le explicará como ha ido todo y le dará un informe, donde también le indicará el tratamiento que tendrá que seguir y le citará para una segunda revisión con su cardiólogo.

Es conveniente que, durante todo el día de la Cardioversión, no realice ninguna actividad que requiera atención o concentración (conducir, actividades peligrosas...); es decir, deberá hacer reposo. Al día siguiente ya podrá hacer vida normal.

Deberá continuar tomando NEOSINTROM hasta que se lo diga su cardiólogo, al que deberá visitar al cabo de un mes, para que le haga un electrocardiograma y valore la evolución de su ritmo cardíaco.

Si la Cardioversión no ha sido efectiva, o vuelve a tener arritmia, su cardiólogo decidirá si el mejor tratamiento son los medicamentos antiarrítmicos, o puede ser necesaria una nueva Cardioversión al cabo de un tiempo.

RECONOZCO QUE AL PRINCIPIO DE LA CARDIOVERSIÓN, ASÍ COMO SUS RIESGOS Y VENTAJAS ME FUERON EXPLICADOS EN TÉRMINOS QUE COMPRENDÍ Y QUE SE ME RESPONDIÓ EN FORMA SATISFACTORIA A TODAS LAS PREGUNTAS QUE FORMULE.

MÉDICO / PROFESIONAL

Dr(a).: _____

Rut: _____

Firma: _____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).: _____

Rut: _____

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. al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).: _____

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.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).: _____

Rut: _____

Firma: _____

Fecha: _____