

CONSENTIMIENTO PARA ERGOMETRÍA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:

Edad:

N.º Historia:

N.º Habitación:

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Formulario de consentimiento: ERGOMETRIA

INFORMACIÓN

1.- ¿Qué es?

Es una prueba con fines diagnósticos o pronósticos, para pacientes con enfermedades del corazón o con sospecha de cardiopatía isquémica.

2.- ¿Para qué sirve?

Permite estudiar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado. Sirve, además, para comprobar la capacidad global de su organismo ante dicho esfuerzo y poder medir, si procede, el consumo de oxígeno respirado.

3.- ¿Cómo se realiza?

Se realiza caminando sobre una cinta rodante o pedaleando en bicicleta ergométrica, mientras se aumenta progresivamente la velocidad y pendiente de aquella o el nivel de trabajo de ésta, en periodos de tiempos determinados. Durante toda la exploración se controlan la presión arterial, la frecuencia del pulso y el electrocardiograma, para analizar sus variaciones.

4.- ¿Qué riesgos tiene?

Pueden existir síntomas (cansancio muscular, mareo, angina de pecho, dolor en las piernas) o signos (hipertensión arterial) que se aliviarán o desaparecerán al cesar la actividad física. En ciertos casos de enfermedad coronaria importante pudieran presentarse trastornos del ritmo cardiaco graves, síncope y muy ocasionalmente infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca; el riesgo de muerte es excepcional (1 por 10.000).

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 esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

5.- ¿Hay otras alternativas?

Esta exploración está indicada preferentemente en su caso.

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

En el reverso de esta pag. va el escrito general para todas las pruebas del Hospital, que es el que sigue en pag. 2).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Ley General de Sanidad del 25 de Abril de 1.986, en su Artículo 10, reconoce el derecho del paciente a que se le informe correctamente y en términos comprensibles de su proceso diagnóstico, pronóstico y alternativas al tratamiento. De acuerdo con ello:

Yo, D./Dña.
en nombre propio o como representante legal de
D.Dña.....
libremente y en pleno uso de mis facultades,

EXPONGO

Que he sido correctamente informado/a por el Dr.
sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se me va a realizar y que se denomina **ERGOMETRÍA O PRUEBA DE ESFUERZO** y que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas sobre la naturaleza del procedimiento, los beneficios que de él se esperan, sus consecuencias, molestias, riesgos y necesidad de realizarlo y las posibles alternativas.
Declaro igualmente que he tenido posibilidad de aclarar mis dudas y que he comprendido la información facilitada.
Y por todo ello,

OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me sea realizado el procedimiento indicado previamente, entendiendo que soy libre de revocarlo en cualquier momento antes de su realización.

Y para que así conste, firmo el presente documento

En Sevilla a.....de.....de.....

D./Dña..... Dr. D.
.....
D.N.I. nº Firma del Médico
Firma del paciente (o representante legal).

En caso de negativa o revocación del consentimiento, firmará el paciente o su representante. Para que así conste, NO otorgo mi consentimiento para la realización del procedimiento indicado.

D./Dña. D.N.I. nº
Firma En Sevilla a..... de..... de.....