



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?** Es una prueba diagnóstica que consiste en la obtención de imágenes de su corazón para detectar una posible enfermedad de las arterias coronarias. El objetivo de la prueba es determinar las causas del dolor torácico u otros síntomas relacionados potencialmente con una enfermedad de corazón.
- 2. ¿Cómo se realiza?** Para realizar esta prueba usted realizará un esfuerzo progresivo sobre una bicicleta adaptada especialmente para esta prueba, en la cual estará semitumbado. Esto permite la realización de la ecocardiografía mientras hace ejercicio, supervisada por una persona especialista en cardiología y por personal de enfermería. En determinados casos, es necesaria la administración de contraste ecocardiográfico intravenoso, que es la introducción de una sustancia en el aparato circulatorio (microburbujas de hexafluoruro de azufre hasta 5ml), con el objetivo de mejorar la calidad del estudio y obtener una mejor rentabilidad en el diagnóstico. Para administrar esta sustancia será necesario que una persona profesional de enfermería, obtenga un acceso venoso periférico, habitualmente en el antebrazo. Este será retirado al finalizar la prueba.
- 3. ¿Qué riesgos tiene?** La administración de contraste puede ocasionar reacciones adversas en raras ocasiones, generalmente leves y de carácter transitorio, y excepcionalmente reacciones graves por alergia no conocida al contraste o daño cardíaco o pulmonar. Se ha determinado que el riesgo de muerte es inferior a 1 de cada 100.000 pacientes.
- 4. Consecuencias previsibles de su realización.** El resultado previsible es una valoración más precisa de su enfermedad cardíaca y la adecuación de su tratamiento por lo que mejoraría su situación clínica.
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización.** La no realización de esta prueba puede resultar en un diagnóstico incompleto de su enfermedad cardíaca, lo cual puede conllevar un tratamiento inadecuado y la no mejoría de su situación clínica.
- 6. Alternativas.** Si bien existen pruebas alternativas, los riesgos derivados de las mismas son similares, dado que éstos se deben a la gravedad de su enfermedad que se pone de manifiesto durante el ejercicio. Así mismo, la administración de contrastes para mejorar la calidad del estudio es similar en otras pruebas como resonancia magnética.
- 7. Riesgos en función de la situación del paciente.** Según la situación de pacientes (diabetes, obesidad, alergias, alteraciones de coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, anemia, medicación actual, edad avanzada), los riesgos de la exploración pueden aumentar aunque su frecuencia seguirá siendo baja.

Debe consultar con su profesional sanitario o persona especialista en cardiología si debe suspender o modificar la medicación antes de la prueba. Si tuviera que tomar medicación lo hará con medio vaso de agua o con el desayuno, que será muy ligero, al menos 2 horas antes.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....

9. DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACION
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____