



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?** Es una prueba diagnóstica para pacientes con sospecha de padecer síndrome de QT largo, una enfermedad genética de los canales de potasio y sodio del corazón (también llamada “canalopatía”), que predispone a las personas afectadas a arritmias malignas que pueden provocar pérdida de la conciencia, una parada cardíaca e incluso la muerte súbita. Permite desenmascarar patrones electrocardiográficos del síndrome de QT largo, observando un comportamiento paradójico del intervalo QT durante la infusión de pequeñas dosis de epinefrina (adrenalina), principalmente en los casos de pacientes con algún familiar afectado por este síndrome o con antecedentes familiares de muerte súbita.
2. **¿Cómo se realiza?** Usted debe estar en ayunas y tumbado/tumbada. Se le inyectará en una vena una sustancia (adrenalina) por medio de un bolo y después una infusión con suero durante cinco minutos. Un cardiólogo comprobará en todo momento si se producen modificaciones en el electrocardiograma y también se le monitorizará la presión arterial.
3. **¿Qué riesgos tiene?**
 - Pueden aparecer síntomas leves (palpitaciones, taquicardia, vértigo, alteraciones visuales, cefalea, mareo, náuseas, sequedad de la boca), que normalmente desaparecen pocos minutos después de terminar la prueba.
 - En ciertos casos de enfermedad coronaria importante, se pueden presentar excepcionalmente trastornos del ritmo cardíaco graves, síncope y, muy ocasionalmente, infarto de miocardio; el riesgo de paro cardíaco por fibrilación ventricular es muy bajo, ya que las dosis de adrenalina que se administran son muy pequeñas.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La realización de la prueba ayudará en el proceso diagnóstico del síndrome de QT largo.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

No se podrá obtener la información diagnóstica prevista.

6. Alternativas

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso.

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

7. Riesgos en función de su situación

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



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**CARDIOLOGIA
PROVA FARMACOLÒGICA AMB ADRENALINA /
CARDIOLOGÍA
PRUEBA FARMACOLÓGICA CON ADRENALINA**

8. DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELEFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRONIC / CORREO ELECTRONICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	--	-----------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	---	---

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

_____, d _____ de _____
Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:* Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

_____, d _____ de _____
Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:* Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *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 y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

_____, d _____ de _____
Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:* Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*