

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERMISO PARA REALIZAR EXAMEN DE PERFUSION MIOCÁRDICA O RADIOCARDIOGRAMA CON TEST DE ESFUERZO O FARMACOLÓGICO

INFORMACIÓN

1 – Su médico a solicitado un estudio de Cardiología Nuclear que incluye una prueba de esfuerzo (Ergometría) y/o un stress farmacológico (Dipiridamol) con fines diagnósticos o pronósticos.

2 – Dicho estudio permite comprobar la respuesta del corazón al esfuerzo controlado o stress farmacológico y para valorar como se concentra en el corazón una sustancia radioactiva, de acuerdo a protocolos internacionales.

3 – No es peligroso para usted ni su familia dado que, una vez inyectado, desaparece en unas horas y la cantidad de radiación usada es baja.

6 – El test de esfuerzo, que incluye este estudio, es supervisado por el médico cardiólogo interviniente, el cual va controlando la presión arterial, el pulso, el electrocardiograma y el estado clínico.

Si por algún motivo no puede realizar esfuerzo físico, se le administra Dipiridamol endovenoso, luego se inyecta la sustancia radioactiva para el estudio cardíaco y se anulan inmediatamente después los efectos del dipiridamol con aminofilina endovenosa. Pueden existir síntomas, en especial por el esfuerzo (dolor de cabeza, calor, dolor en las piernas, etc.) o signos (hipertensión arterial, angor) que se aliviaran o desaparecerán al finalizar la prueba. Excepcionalmente pueden presentarse arritmias o infarto de miocardio.

Su médico de cabecera entiende que el beneficio de esta prueba supera los poco frecuentes riesgos (similares a una prueba ergométrica convencional) por este motivo le indica la conveniencia de ser realizada.

Antes de firmar este consentimiento no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee a su médico de cabecera.

PACIENTE

Dejo constancia que he comprendido claramente lo antedicho, no tengo dudas al respecto pues las mismas han sido evacuadas correctamente. Doy mi consentimiento anticipado para ser atendido medicamente, ante cualquier complicación que pueda surgir.

En consecuencia, acepto se me realice el estudio indicado en pleno conocimiento de los beneficios del mismo y poco probables efectos colaterales.

Firma paciente / familiar ó tutor:.....

Aclaración:.....

DNI:.....

Firma del testigo:.....

Nombre:.....

DNI:.....

Firma del médico.....

Firma del médico.....

Fecha...../...../.....