

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

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

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- 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.
- 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.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.
- Tanto si el tratamiento es efectivo como si no lo es, cuando se despierte probablemente no recordará nada y se encontrará perfectamente.
- 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.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).	Sr(a).
RUT.	RUT.
Firma:	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.

Nombre del paciente o representante legal:

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.

Nombre del paciente o representante legal:

RUT:

Firma:

Fecha: