



Consentimiento Informado
Ecocardiograma Transesofágico

Consentimiento Informado Ecocardiograma Transesofágico

Consentimiento Informado Ecocardiograma Transesofágico

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación y en tales condiciones.

A la realización del procedimiento ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO

INFORMACIÓN GENERAL

Es un examen de diagnóstico cardiológico de indicación médica, que se utiliza en el estudio de enfermedades de las válvulas cardiacas y otras, en que el ecocardiograma transtorácico no muestra imágenes satisfactorias.

El médico tratante solicita este examen al paciente cuando considera que es el procedimiento más útil en relación con su situación clínica.

El examen comienza con la instalación de una vía venosa con el fin de administrar medicamentos para la sedación (Dormonid- Fentanil), además de un anestésico bucofaríngeo (en spray), todos ellos se administran con el fin de disminuir las náuseas, vómitos, dolor y contribuir a una buena tolerancia al procedimiento.

Se instala al paciente en posición decúbito lateral izquierdo, con la cabeza flectada sobre el tórax. Previa anestesia de la faringe y colocación de un protector bucal, se introduce la sonda por la faringe hasta el esófago, a 30 – 35 cms. de la arcada dentaria. A este nivel es posible obtener imágenes cardiacas de las válvulas aurículo ventriculares y aorta. El procedimiento se completa con la evaluación de los ventrículos y aorta en la retirada.

El examen dura aproximadamente 10 a 15 minutos, después de lo cual el paciente se recupera de la sedación administrada.

Ventajas del procedimiento

Por realizarse desde el esófago, permite obtener imágenes muy nítidas de las cavidades cardiacas, válvulas y paredes del corazón.

Entrega información de alta calidad en la pesquisa de émbolos (coágulos u otras masas líquidas o gaseosas que se liberan y puede obstruir los vasos sanguíneos). Permite estudiar en forma muy exacta el mal funcionamiento de prótesis.

Es un examen de alta sensibilidad en el diagnóstico de enfermedades de la aorta y de infecciones de las válvulas cardiacas.

Exámenes alternativos:

Para la evaluación de las enfermedades descritas existen dos técnicas de imagenología no invasivas:

- Resonancia nuclear magnética
- Tac tórax:

Complicaciones

El examen descrito es en general un examen breve, bien tolerado y la información que se obtiene de él puede tener un beneficio importante para el paciente, en cuanto a precisar su diagnóstico y tratamiento, sin embargo, como todo procedimiento médico invasivo, puede asociarse a complicaciones o reacciones adversas, tanto por consecuencia del procedimiento en sí, como por parte de la sedación que se use, o de la situación previa de cada paciente (enfermedades preexistentes)

Las complicaciones más frecuentes son:

- Irritación bucal, náuseas o reacción vagal (estimulación del nervio vago).
- En forma excepcional puede haber complicaciones como arritmias, depresión respiratoria o hemorragia faríngea discreta.
- La alteración del esófago aparece en proporción de 1 / 10.000 exámenes.
- No debe realizarse en presencia de patología esofágica y hepática con varices esofágicas.
- Inflamación del sitio de punción venosa
- Reacción adversa a los medicamentos usados rara vez.

Riesgos personalizados:.....

Que otras alternativas existen de reemplazo de este examen según mi patología, en caso de no realizarme el procedimiento:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el procedimiento ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).