



Consentimiento Informado
Para Estudio Electrofisiológico

**Consentimiento
Electrofisiológico**

Informado

Para

Estudio

Consentimiento Informado Para Estudio Electrofisiológico

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, al procedimiento y,
ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO (Ablación, radiofrecuencia)

INFORMACIÓN

Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón, o con sospecha de ellas, que tienen alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias).

Mientras que la ablación es un tipo de tratamiento aplicable a pacientes que tienen determinadas alteraciones del ritmo del corazón (diagnosticadas) mediante el estudio electrofisiológico cardíaco.

Permite conocer el tipo y gravedad de las arritmias, el lugar del corazón donde se originan y los trastornos que producen. Sirve además para enfocar mejor el tratamiento que debe aplicarse.

En el caso de la ablación sirve para lesionar los focos productores de arritmias con una corriente de energía de bajo voltaje (radiofrecuencia) con objeto de eliminar dichas arritmias o sus consecuencias perjudiciales.

Se realiza estando el paciente en ayunas, consciente y eventualmente sedado. Se le aplica anestesia local en la zona de la piel donde se efectuará la punción (ingle, brazo o cuello), para que la exploración no resulte dolorosa. A través de las venas o arterias de dichas zonas se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por radioscopia (vista por rayos). Los catéteres sirven para registrar permanentemente la actividad eléctrica del corazón desde su interior, pero también sirven como marcapasos cuando se conectan a un aparato estimulador externo. A veces es necesario administrar algún fármaco durante la prueba para precisar el diagnóstico de la arritmia. La duración del estudio es variable, debiendo permanecer después en reposo varias horas.

Cuando además se realiza una ablación lo que se intenta es producir una lesión similar a una quemadura (ablación) en los puntos causantes de la arritmia. Se consigue la supresión total de la arritmia o la mejoría de los síntomas en cerca del 90% de los casos.

Es habitual que note palpitaciones en muchos momentos del estudio, ya que son provocadas por los catéteres o por efecto de la medicación administrada. En ocasiones puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para resolver un problema súbito. La mayoría de las veces solo habrá una leve molestia en la zona de punción, o la aparición de un hematoma que se reabsorberá casi siempre espontáneamente. Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o arterial, hemorragia que precise transfusión, perforación cardíaca con taponamiento, embolia pulmonar o sistémica), si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente es excepcional el riesgo de muerte (1 por 3000). Además, durante la realización de la ablación es posible que sienta dolor torácico, también hay un riesgo muy infrecuente de un bloqueo agudo de la conducción cardíaca que podría requerir el implante de un marcapaso.

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de estas pruebas superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

El equipo médico y de enfermería que lo atenderá durante el cateterismo está especialmente entrenado para la ejecución de estos procedimientos. La sala de cateterismo está equipada con sistema de control de variables fisiológicas del paciente (presión arterial, frecuencia cardíaca, arritmias, etc.). Por lo que usted estará permanentemente bajo control de este equipo, luego de leer este consentimiento, puede usted preguntar y aclarar cualquier duda con los integrantes de la Unidad de Arritmias o con su médico tratante.



Luego de leer este consentimiento puede preguntar y aclarar cualquier duda con los integrantes del equipo de hemodinamia o con su médico tratante.

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 y, **ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO**
(Ablación, radiofrecuencia)

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).