

Consentimiento Informado

Estudio Electrofisiológico más Ablación por Radiofrecuencia

Fecha: _____

Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: _____ Edad: _____

Nombre y apellidos representante legal: _____

Objetivo:

- El estudio electrofisiológico cardíaco es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón, o sospecha de ellas, que tienen alteraciones en el ritmo cardíaco (arritmias).
- Permite conocer el tipo de gravedad de las arritmias, el lugar del corazón en donde se originan y los trastornos que producen.
- Sirve además, para enfocar mejor el tratamiento que debe aplicarse.
- En el caso de detectarse una arritmia que sea corregible, el médico podrá realizar una terapia curativa, a través de la ablación con radiofrecuencia.
- La tasa de éxito depende del tipo de arritmia pero en general es del orden del 90 a 95%.

Procedimiento:

- El procedimiento se realiza estando el paciente en ayunas, consciente aunque orientado y tumbado.
- Se le aplica anestesia local en la zona de la piel en donde se hará la punción (ingle, brazo, cuello) para que la exploración no resulte dolorosa.
- A través de las venas o de las arterias de dichas zonas se introducen varios catéteres, dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por radioscopia.
- 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 algunos fármacos durante la prueba para precisar el diagnóstico de la arritmia.
- La duración del examen es variable, debiendo permanecer después en cama.
- Si es necesario se realiza ablación, procedimiento consiste en aplicar radiofrecuencia en una zona determinada del corazón, de forma de interrumpir el circuito eléctrico que condiciona la arritmia.

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.
- 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 sólo 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, embolia pulmonar o sistémica).
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte (1 por 3000).

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

Dr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

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. al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Firma: _____

Rut: _____

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.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

Fecha: _____

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.