

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CAR-01

Test de Esfuerzo o Ergometría

Rev. 04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

INFORMACION GENERAL

Es un examen que evalúa la posibilidad de Enfermedad Coronaria. Puede utilizarse además para determinar la capacidad funcional, probables arritmias y comportamiento de la PA (Presión Arterial) al esfuerzo y evaluación de tratamientos.

El examen consiste en caminar en una pista sin fin conectado a un Equipo de monitoreo, para lo cual se colocan electrodos al paciente.

La prueba dura lo que el paciente sea capaz de tolerar.

Durante este examen se pueden manifestar arritmias y/o un evento coronario agudo, pérdida de conciencia.

Para realizar un Test de Esfuerzo se recomienda asistir con ropa holgada o un buzo deportivo, zapatos cómodos o zapatillas y haber ingerido una comida liviana antes de la prueba, en el caso de que la hora asignada para el examen sea después de almuerzo.

OBJETIVO

- Evaluar el dolor torácico sospechoso.
- Evaluar y realizar estudio de capacidad funcional en anginosos
- Evaluar isquemia residual post infarto o post revascularización
- Evaluar el riesgo operatorio en pacientes con factores de riesgo coronario
- Evaluar comportamiento de la PA (Presión Arterial) al esfuerzo.

CARACTERÍSTICAS DEL TEST DE ESFUERZO (En qué consiste)

Consiste en la observación y registro de variables clínicas, hemodinámicas y electrocardiográficas de personas sometidas a un ejercicio estandarizado que consiste en caminar en una banda sin fin a una velocidad constante, la cual aumenta cada 3 minutos al igual que la pendiente de la banda.

Al paciente se le controla la presión arterial cada 3 minutos.

RIESGOS POTENCIALES DEL TEST DE ESFUERZO

Entre los riesgos se encuentran:

1. Alteraciones isquémicas en esfuerzo
 - a) Dolor anginoso, excepcionalmente un infarto cardíaco
 - b) Alteraciones en el electrocardiograma
 - c) Hipotensión
 - d) Disnea
 - e) Dolor en Extremidades inferiores
2. OTRAS ALTERACIONES
 - a. Arritmias
 - b. Bloqueos Auriculoventriculares.
 - c. Eventos cardiovasculares y excepcionalmente Paro cardiorespiratorio (menos de 1/10.000)

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Me ha informado también sobre las posibles alternativas a este tratamiento, aclarándome que hoy día no existen alternativas a la realización de este procedimiento con mejor perfil de eficacia y seguridad para mi enfermedad o riesgo concretos.

Además me ha aclarado que el procedimiento no está exento de riesgos y me ha explicado cuáles son tales riesgos. Estado previo de salud, sexo raza, profesión, credo religioso, etc.) Existen los siguientes riesgos adicionales: (rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CAR-01

Test de Esfuerzo o Ergometría

Rev. 04

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

un **Test de Esfuerzo o Ergometría.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Test de Esfuerzo o Ergometría.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con un **Test de Esfuerzo o Ergometría** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)