

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CAR-02

Procedimiento Tilt Test

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 una prueba diagnóstica para pacientes que han tenido pérdida de conciencia (síncope) o sospecha de ella.

OBJETIVO

Estudiar las alteraciones sistema nervioso autónomo, responsable de mantener la presión arterial, frecuencia cardiaca y el retorno venoso al corazón, respondiendo a la fuerza que ejerce la gravedad

CARACTERÍSTICAS DEL PROCDIMIENTO TILT TEST (En qué consiste)

Se realiza estando el paciente en ayunas, consciente, acostado en una camilla basculante y sujeto a ella. Se conecta al paciente a un monitor que registra el electrocardiograma, la presión arterial y el grado de saturación de oxígeno en la sangre. Mientras permanece varios minutos en posición horizontal se le da un masaje en el cuello (región de la carótida), se le pide al paciente que respire profundamente y que realice pujos.

A continuación se va inclinando progresivamente la camilla (no menos de 45° y no más de 80°), manteniéndola así un determinado tiempo (generalmente inferior a una hora). Durante la exploración permanentemente se controlan el electrocardiograma y la presión arterial para analizar sus variaciones.

La prueba se detendrá si aparecen síntomas o signos alarmantes, como desmayo. Suele administrarse en una segunda fase algún fármaco (Nitroglicerina sublingual), para acentuar las reacciones sobre el organismo.

El examen dura aproximadamente 1 hora

RIESGOS POTENCIALES DEL PROCDIMIENTO TILT TEST

Es habitual que el paciente tenga palpitaciones. Si la frecuencia de las pulsaciones disminuye bastante (bradicardia) o desciende de modo importante la tensión arterial (hipotensión), puede notar mareo e incluso tener un desmayo. Ambas situaciones se resuelven volviendo a la posición horizontal.

Ningún médico puede asegurar completo éxito y ausencia de complicaciones, pero en general son pocas habituales.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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.

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CAR-02

Procedimiento Tilt Test

Rev.04

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 **Procedimiento Tilt Test**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Procedimiento Tilt Test**.

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 Procedimiento **Tilt Test** 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)

REVOCAACION:

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)