

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Test de Esfuerzo o Ergometría

FL-CAR-01

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO O CAUSAL DE LA SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO EN EL PACIENTE: _____

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.

EN QUE CONSISTE EL TEST DE ESFUERZO

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 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, ceto 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).

RIESGOS PERSONALIZADOS

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CAR-01

Test de Esfuerzo o Ergometría

Rev. 03

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 del procedimiento 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 nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condición

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **TEST DE ESFUERZO O ERGOMETRÍA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **TEST DE ESFUERZO O ERGOMETRÍA**

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con **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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACIÓN:

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____