



Instituto
Cardiovascular

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS
CON PRUEBA FARMACOLOGICA**

VERSION: 01
CODIGO: 02
FECHA: 24/06/2013

I.P.S. INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE RISARALDA

Fecha ____/____/____

Yo _____ identificado con CC N° _____ he sido informado por el Dr.(a) _____, acerca del motivo o causa por la cual se solicito el estudio que me será realizado.

Debido a la sospecha de enfermedad coronaria por los síntomas clínicos que presento, mi medico tratante ha solicitado el procedimiento diagnostico al cual debo ser sometido denominado **ECOCARDIOGRAFIA CON ESTRÉS**, estudio que consiste en estudiar la contractilidad del músculo cardiaco mediante visión directa por aparato de ultrasonido denominado ecógrafo y para el cual se utiliza ejercicio o un medicamento denominado dobutamina y en algunas oportunidades atropina (ambos por vía intravenosa) para aumentar la frecuencia y fuerza de contracción del corazón permitiendo de esta forma descubrir si existen obstrucciones importantes en mis arterias coronarias, las cuales se manifestaran como un trastorno de contractilidad en el músculo cardiaco que esta irrigado por la arteria coronaria enferma, permitiendo establecer con un alto grado de certeza si existe o no obstrucción (es) coronarias significativas que puedan poner en peligro mi salud y mi vida.

Me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de estudios alternativos como prueba de esfuerzo, perfusión miocárdica con medicina nuclear (con estrés farmacológico o con ejercicio) y el cateterismo cardiaco izquierdo con coronariografía. Se ha referido también a las consecuencias de no realizar el procedimiento diagnostico como el no aclarar el diagnostico de enfermedad coronaria, la cual de estar presente y ante la no realización del diagnostico y el respectivo manejo, me proporciona riesgo de desarrollar un evento coronario agudo en el futuro que me pueda ocasionar la muerte. Es importante anotar que se me explico especialmente sobre el riesgo bajo pero existente con la realización del estudio de complicaciones que incluyen desarrollo de trastornos del ritmo cardiaco, desarrollo de isquemia cardiaca que puede conducir a un infarto cardiaco e incluso la muerte.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice la **ECOCARDIOGRAFIA CON ESTRÉS** Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Firma del paciente o responsable legal
C.C.

Firma del profesional
C.C.

Firma de un testigo
C.C.

REVOCATORIA

Firma del paciente o responsable legal
C.C.