



Instituto
Cardiovascular
de Risaralda

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
MESA BASCULANTE(TILT-TEST)**

VERSION: 01
CODIGO: 02
FECHA:24/06/2
013

IPS: **INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE RISARALDA**

Fecha ____/____/____

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

Debido a la sospecha de disautonomía-síncope por los síntomas clínicos que presento, mi médico tratante ha solicitado el procedimiento diagnóstico al cual debo ser sometido, denominado **MESA BASCULANTE (TILT TEST)**. Examen que sirve para observar las variaciones de ritmo cardíaco y presión arterial latido a latido, en relación a cambios de inclinación, lo que permite determinar las posibles causas de una pérdida de conciencia (síncope) y trastornos del sistema nervioso autónomo.

Para efectuar esta prueba es empleada una mesa especial (basculante) sobre la cual debo ser acostado, se me practica una punción venosa periférica y me sujetan por medio de correas de seguridad en el pecho, brazos y piernas. Esta mesa permite pasar de una posición horizontal a una vertical entre los 60 a 80 grados, sin ningún esfuerzo para mí, donde debo permanecer durante 20 minutos con monitoreo continuo, tiempo en el cual debo informar al médico, si presento síntomas como fatiga, mareo, falta de aire, palidez, sudoraciones e incluso síncope.

En la segunda fase del examen se me suministra un fármaco sublingual que induce una situación de estrés esperando su respuesta hemodinámica y neuro cardiológica. Esta fase tiene una duración de 15 minutos.

Declaro que se me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento. Si el examen es positivo podré experimentar todas las molestias previas a un desmayo como: mareos, visión borrosa, sudoración, cefalea, vómitos, debilidad muscular, etc. Durante todo el examen estaré controlado y acompañado por el Cardiólogo y una enfermera.

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 PRUEBA DE MESA BASCULANTE O TILT TEST** 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.

