



Instituto
Cardiovascular

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ECOCARDIOGRAMA TRANS-
ESOFAGICO**

VERSION: 01
CODIGO: 03
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 solicitó el estudio que me será realizado.

Debido a la sospecha de _____ por los síntomas clínicos que presento, mi medico tratante ha solicitado el procedimiento diagnostico al cual debo ser sometido denominado **ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICO**, estudio que consiste en estudiar el corazón y con sus respectivas estructuras y los grandes vasos como aorta torácica y arteria pulmonar, mediante la utilización de una sonda o tubo denominado transductor que es introducido por boca y garganta hasta el esófago y estomago permitiendo de esta manera una mejor visualización de todas las estructuras del corazón cuando no ha sido posible evaluarlas por otros métodos menos invasivos como la Ecocardiografia Transtorácica. Para dicho estudio se utiliza lidocaina local en la garganta para anestésicarla y en algunas oportunidades se utilizan medicamentos por vía venosa para sedación. Dicho estudio diagnostico es importante para establecer ciertos diagnósticos de enfermedad cardiaca que puede poner en peligro mi salud y mi vida de no ser descubierta y tratada en forma oportuna.

Me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de estudios alternativos como Resonancia magnética nuclear, Tomografía axial computarizada y Cateterismo cardiaco izquierdo y / o derecho con o sin coronariografía, y se ha referido a las consecuencias de no realizar el procedimiento diagnostico como el no aclarar la presencia de enfermedad con la posibilidad de desarrollar complicaciones posteriores que me puedan ocasionar la muerte. Es importante anotar que se me explico especialmente sobre el riesgo bajo pero existente de complicaciones con la realización del estudio que incluyen desarrollo de trastornos del ritmo cardiaco, desarrollo de isquemia cardiaca que puede conducir a un infarto cardiaco e incluso la muerte y perforación de la vía digestiva, especialmente a nivel del esófago que me puede conducir a la muerte. Igualmente, la utilización de lidocaina puede ocasionar riesgo para mi vida de presentarse una reacción alérgica e igual mente el uso de sedantes por vía venosa puede deprimir mi trabajo respiratorio conduciendo a insuficiencia respiratoria y muerte. Las complicaciones mencionadas se presentan con baja frecuencia, además son tratables, pero no predecibles y pueden ocasionar de 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 TRANSESOFAGICA 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.