



CONSENTIMIENTO INFORMADO CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

Paciente	Historia	Habitación
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso: F. Nacimiento:		

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias). Se realiza con el paciente en ayunas y tumbado, bajo los efectos de una sedación profunda para que el procedimiento no sea doloroso. Se extiende un gel sobre las palas del aparato desfibrilador, y se aplican éstas en la pared anterior del tórax. Se suministran una o varias descargas eléctricas ("choques") breves pero de cierta potencia, para intentar lograr la desaparición de la arritmia. Durante el procedimiento se controla permanentemente el electrocardiograma.

2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Permite devolver al corazón su ritmo regular normal, suprimiendo la arritmia que tenía y sus consecuencias perjudiciales. Generalmente se efectúa con carácter electivo.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Se prevé la desaparición de la arritmia.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Si no se realiza el procedimiento podría ocurrir

6. RIESGOS FRECUENTES

Puede existir irritación e incluso leve quemadura de la zona de la piel donde se aplicó la descarga. La administración de hipnóticos y sedantes no suele plantear problemas durante el despertar.

7. RIESGOS POCO FRECUENTES

Es muy raro un accidente embólico, ya que el paciente recibe medicamentos para disminuir la coagulación de su sangre. Ocasionalmente pudieran presentarse otros trastornos del ritmo grave y subitos que requieran choque eléctrico inmediato, siendo excepcional la implantación urgente de marcapasos.

8. RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada la situación clínica y sus circunstancias personales, son

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.



A750220009

9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña de años de edad, con domicilio en
....., DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la/el paciente)
..... con DNI

DECLARO:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi situación la realización de
.....
y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2.....

Fdo.: Don/doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con
esta fecha por finalizado.

En a de de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: