

Consentimiento informado para  
**PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON ISÓTOPOS RADIOACTIVOS  
EN REPOSO Y POST-ESFUERZO**

Apellido y Nombre del paciente:..... Fecha: ...../...../.....  
D.N.I: ..... Hora: ..... / ...../ ..... Domicilio: .....  
Usted se va a efectuar un exámen de diagnóstico por imágenes denominado PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON ISÓTOPOS RADIOACTIVOS EN REPOSO Y POST-ESFUERZO tal como se lo solicitara su médico tratante, quién evaluó los riesgos/beneficios de su realización.

**¿Qué es?**

Es una prueba con fines diagnósticos para pacientes con enfermedades del corazón, o con sospecha de enfermedad de las arterias coronarias.

**¿Para qué sirve?**

Permite comprobar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado.

Sirve además para valorar como se distribuye por el corazón una sustancia radioactiva (isótopo) diferenciando las zonas sanas de las enfermas.

**¿Cómo se realiza?**

Se realiza caminando sobre una cinta rodante o pedaleando en bicicleta ergométrica, mientras se aumentan progresivamente la velocidad y pendiente de aquella o el nivel de trabajo de esta última, en períodos de tiempo determinado. Durante toda la exploración se controlan la presión arterial, la frecuencia del pulso y el electrocardiograma para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecieran síntomas o signos alarmantes.

Al final del máximo esfuerzo se inyecta en una vena el isótopo. Posteriormente se detectará su captación por el corazón con los instrumentos adecuados.

**¿Qué riesgos tiene?**

Pueden existir síntomas (cansancio muscular, mareo, angina de pecho, dolor en piernas) o signos (hipertensión arterial) que se aliviarán o desaparecerán al cesar la actividad física.

En ciertos casos de enfermedad coronaria importante pudieran presentarse trastornos del ritmo cardíaco graves, síncope y muy ocasionalmente infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca.

El riesgo de muerte es excepcional (1 por 10.000). La radiación del isótopo es insignificante para su organismo, no obstante, está contraindicada en mujeres embarazadas.

Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi eventual patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quién evaluó que el presente estudio es el mejor y más apto para mi condición.

También se me aclaró que puedo solicitar suspender o rechazar totalmente la realización del estudio en cualquier etapa del procedimiento si así lo deseo con sólo hacer saber de ello. Por supuesto que la suspensión operará en el momento en que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi médico tratante.

Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.

Continúa

**SI – NO** autorizo a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir sus resultados (incluso junto a otros) en revistas médicas o ámbitos científicos. Se garantizó que mi identidad quedará absolutamente resguardada.

Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este consentimiento las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen sus domicilios en los que aquí constan donde serán válidas todas las comunicaciones.

El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L. y será guardado y resguardado por éste, durante el plazo de ley, quien así se constituye en su depositario.

**CONSENTIMIENTO**

Yo, ..... PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada un **ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON ISÓTOPOS RADIATIVOS EN REPOSO Y POST-ESFUERZO.** (tachar lo que no corresponda).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. .... . Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, ..... de ..... de .....

CONSENTIMIENTO

<b>Testigo</b>		<b>Paciente</b>	
D.N.I	Firma	D.N.I	Firma
<b>Representante legal</b>		<b>Médico</b>	
D.N.I	Firma	Nº Matrícula	Firma