

Consentimiento informado para estudio
ISOTÓPICO CON ESTRÉS FARMACOLÓGICO
PERFUSIÓN CON DIPIRIDAMOL

Apellido y Nombre del paciente:..... Fecha:/...../.....

D.N.I: Hora: // Domicilio:

Usted se va a efectuar un examen de diagnóstico por imágenes denominado ESTUDIO ISOTÓPICO CON ESTRÉS FARMACOLÓGICO tal como se lo solicitara su médico tratante, quién evaluó los riesgos/ beneficios de su realización, para el cuál se le deberá inyectar un medicamento por vía intravenosa llamado dipiridamol.

¿Qué es?

Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedad de las arterias coronarias, o con sospecha de ella.

¿Para qué sirve?

Permite comprobar la perfusión tras la administración de un fármaco. 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 con el paciente en ayunas acostado, controlando en todo momento su presión arterial y el electrocardiograma. Se inyecta en una vena una primera sustancia (Dipiridamol) que produce en el corazón cambios equivalentes a los conseguidos tras el ejercicio. A continuación se inyecta el isótopo, y poco después se detectará su captación por el corazón con los instrumentos adecuados.

¿Qué riesgos tiene?

Pueden aparecer síntomas (angina de pecho, cefalea, mareos, náuseas) o signos (rubor facial, hipotensión arterial), que normalmente desaparecen pocos minutos después de terminar la prueba. 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 contraindicado** en mujeres embarazadas.

La prueba con dipiridamol se halla contraindicada en pacientes con alteraciones respiratorias (asma, EPOC, bronquitis espasmódica) y en caso de hipotensión arterial basal. Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer son falta de aire (disnea).

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.

SI - NO autorizo a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir sus resultados

Continúa

(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, quién así se constituye en su depositario.

CONSENTIMIENTO

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada un **ESTUDIO ISOTÓPICO CON ESTRÉS FARMACOLÓGICO Y PERFUSIÓN DE DIPIRIDAMOL.** (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

Testigo		Paciente	
_____	_____	_____	_____
D.N.I	Firma	D.N.I	Firma
Representante legal		Médico	
_____	_____	_____	_____
D.N.I	Firma	Nº Matrícula	Firma