

Consentimiento Informado ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Este procedimiento permite obtener imágenes del corazón mediante ultrasonidos con una sonda colocada en el esófago, y sirve para detectar y valorar la existencia de lesiones en su interior o en estructuras próximas.

Características

Una vez en la sala se le aplicará un spray anestésico para la garganta, y se acostará sobre una camilla. Es posible que además, se le coloque un comprimido debajo de la lengua o se le inyecte una medicación con efecto sedante en una vena del brazo. A continuación el cardiólogo colocará la sonda dentro de su boca y le pedirá que trague para introducirla en el esófago, lo que puede provocar náuseas que desaparecerán una vez que la sonda está dentro.

Posteriormente se realizará el estudio, no debiendo tragar saliva durante todo ese tiempo. En ocasiones se precisa la adición de un contraste durante el estudio para visualizar mejor el corazón. Al sacar la sonda es conveniente toser para sacar las flemas que se hayan podido retener. La duración aproximada del estudio será 15-20 minutos.

Riesgos

El anestésico de la garganta puede producir tos y resultar algo amargo. Aunque pueden aparecer otras complicaciones más grave (arritmias, hipoxia, dolor torácico, perforación esofágica) éstas son excepcionales y disponemos de los medios humanos y técnicos necesarios para solucionarlas de forma inmediata.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal