|  | (Identificación del paciente) |
|--|-------------------------------|
|  |                               |
|  |                               |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CARDIOVERSION ELECTRICA  |                               |
| SARSIOVERSION ELECTRISA  | SERVICIO CARDIOLOGIA          |
|  |                               |
| A. IDENTIFICACIÓN:   |                               |
| NOMBRE DEL MEDICO QUE LE INFORMA:  | Fecha:                        |
| B. INFORMACIÓN SOBRE LA CARDIOVERSION ELECTRICA:   |                               |
| <ul> <li>La cardioversión eléctrica o "choque" eléctrico es una técnica para intentar normalizar el ritmo del corazón<br/>en algunas alteraciones concretas.</li> </ul>                              |                               |
| • Para realizar este tratamiento es preciso ingresar en el hospital aproximadamente 24 horas. La prueba se   |                               |
| realizará en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y volverá a la habitación en pocas horas.  • Se le dormirá durante escasos minutos para que no resulte molesta la descarga eléctrica que se debe |                               |
| <ul> <li>administrar.</li> <li>Se le colocará un suero y se le dormirá escasos minutos.</li> </ul>   |                               |
| • Generalmente se precisa la administración previa y posterior de un tratamiento oral para que la sangre coagule más lentamente.   |                               |
| coagule mas lentamente.  |                               |
| C. RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA CARDIOVERSION ELECTRICA:   |                               |
| El riesgo de que se produzca una embolia es muy bajo pero es el único reseñable. En nuestra experiencia  |                               |
| <ul> <li>no se ha producido.</li> <li>No es posible asegurar que el procedimiento sea eficaz, pero la mejoría de la función cardiaca y su bajo</li> </ul>  |                               |
| riesgo lo hace aconsejable en determinadas situaciones.  Como consecuencia de la descarga eléctrica se producen ligeras irritaciones de la piel.   |                               |
| осно сеносиона испания до сеноси со р  |                               |
| D. DECLARO:  |                               |
| Que <u>he sido informado</u> por el Médico, de las ventajas e inconvenientes de la prueba y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.   |                               |
| He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.   |                               |
| EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA CARDIOVERSION ELECTRICA   |                               |
| Firma del paciente   | Firma del medico responsable  |
|  |                               |
|  |                               |
| Nombre   | Nombre                        |
| REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):  |                               |
| D./Dña   |                               |
| D.N.I.   |                               |

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.): ...... Firma: ......