

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GLOBAL

Mi médico me recomendó que me someta a un procedimiento conocido como prueba de tomografía computarizada de fotón único (SPECT). Esta prueba mostrará la cantidad de circulación sanguínea dentro de mi corazón. La información así obtenida ayudará a mi médico a evaluar el estado de mi corazón. El propósito de este formulario es documentar mi consentimiento informado al procedimiento.

Me colocarán una vía intravenosa en una de mis venas. La prueba consiste en la inyección de un isótopo radiactivo (talio, cardiolita o Myoview) en mi vena a través del sitio intravenoso en dos intervalos durante la prueba. Como parte de la prueba, el tamaño de mi corazón, la presión arterial y la respiración pueden aumentar mediante el ejercicio o el uso de medicamentos (adenosina, persantina o regadenosón).

Durante el procedimiento de prueba de esfuerzo farmacológico / prueba de esfuerzo con ejercicio, se controlarán el pulso, la presión arterial y el electrocardiograma.

Como ocurre con cualquier procedimiento médico de esta naturaleza, la prueba conlleva ciertos riesgos. Estos incluyen, entre otros, la rara posibilidad de que ocurra una complicación grave durante la prueba, como una reacción alérgica grave o un ataque cardíaco, que potencialmente resulte en una muerte súbita. Se hará todo lo posible para minimizar la posibilidad de tales complicaciones mediante el examen preliminar antes de la prueba y mediante observaciones durante la prueba. El equipo de emergencia y el personal capacitado están disponibles para hacer frente a situaciones inusuales que puedan surgir.

1. Sexo Femenino Masculino
2. ¿Está actualmente embarazada, posiblemente embarazada o amamantando? Sí No
3. ¿Tiene alergia al látex? Sí No
4. Fecha de nacimiento _____
5. ¿Está tomando Viagra? Sí No
6. Nombre del médico principal: _____

CONSENTIMIENTO: Certifico que mi médico ha explicado los riesgos del procedimiento descrito anteriormente; que tuve la oportunidad de hacer preguntas y que esas preguntas fueron respondidas; y que voluntariamente otorgo el consentimiento informado para el Procedimiento.

Nombre del paciente

Testigo

Firma del paciente

Fecha

Geetha M. Reddy, MD, FACC

Fecha