

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO**

### **1. INFORMACIÓN GENERAL**

El ecocardiograma transesofágico o intraesofágico es un procedimiento diagnóstico que consiste en visualizar el corazón y las válvulas cardíacas a través de una sonda que se introduce en el esófago. Este procedimiento proporciona información que no es posible obtener con el ecocardiograma a través de la pared del tórax.

### **2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Se realiza con el paciente en ayunas y tendido en una camilla. Se le aplica anestesia local en la garganta y habitualmente también se colocará un medicamento intravenoso para sedarlo. El cardiólogo ecocardiografista colocará la sonda dentro de la boca y le pedirá que trague para introducirla en el esófago. Una vez colocada la sonda se obtienen y graban las imágenes. La duración aproximada del procedimiento es de 45 minutos y una vez finalizado se retira la sonda y se sugiere mantener el ayuno por una a dos horas más.

### **3. RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES**

Pueden existir síntomas menores algo molestos como náuseas, irritación de la garganta o reacción vagal, que generalmente son pasajeros. Ocasionalmente pueden aparecer otras complicaciones más graves como arritmias, dolor torácico y excepcionalmente perforación del esófago. Si bien estas complicaciones graves son excepcionales disponemos de los medios humanos y técnicos necesarios para solucionarlos en forma inmediata.

### **4. RIESGOS PERSONALIZADOS**

- 
- 
- 

### **5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Santiago, a.....de.....de 20.....

Paciente: ..... RUT: .....

En caso que suscriba un representante:

Nombre: ..... RUT: .....

Vínculo con el paciente: .....

Declaro haber recibido oportunamente información adecuada sobre mi estado de salud, el posible diagnóstico: ..... y los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se me realizarán, los objetivos y características de éstos y los riesgos que pueden representar, las alternativas de tratamiento disponibles, el pronóstico esperado y el proceso previsible del postoperatorio.

Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada y que he tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el(la) Dr. (a) .....

Por lo anteriormente expuesto, declaro que mi consentimiento para ser sometido(a) a .....

y a las acciones que el equipo médico considere necesarias en el caso de surgir situaciones no esperadas o complicaciones, es expresado en forma libre e informada.

.....  
Firma Médico

.....  
Firma Paciente o su Representante

## DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

En Santiago, a..... de..... de 20.....

Paciente: ..... RUT: .....

En caso que suscriba un representante:

Nombre: ..... RUT: .....

Vínculo con el paciente: .....

Declaro haber recibido oportunamente información adecuada sobre mi cuadro clínico, mi posible diagnóstico:..... y los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se me realizarán, los objetivos y características de éstos y los riesgos que pueden representar, las alternativas de tratamiento disponibles, el pronóstico esperado y el proceso previsible del postoperatorio.

Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada y que he tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el(la) Dr. (a) .....

En consideración a lo expuesto, deniego/revoco (eliminar lo que no proceda) en forma libre y consciente de ser sometido(a) a ..... haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

.....  
Firma Médico

.....  
Firma Paciente o su Representante