

ESTUDIO HEMODINÁMICO PULMONAR POR CATETERISMO CARDIACO DERECHO

CONSENTIMIENTO PARA EL ESTUDIO PROPUESTO

Fecha: _____ IMAE: _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: ____ Domicilio: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

Información sobre la patología del paciente, evolución prevista y complicaciones posibles:

El CATETERISMO CARDIACO DERECHO es el examen de referencia para el diagnóstico de Hipertensión Pulmonar (HP) y para completar la evaluación de algunas cardiopatías.

Es un estudio que no presenta complicaciones en la mayoría de los pacientes. No obstante como todo procedimiento médico tiene sus riesgos y complicaciones propias y otras que se originan por la patología del propio paciente:

Riesgos y posibles complicaciones del procedimiento

Puede haber complicaciones de la punción, propias del procedimiento y de la medicación que se utiliza. Vinculadas a la punción pueden presentarse hemorragias, hematomas, trombosis vasculares e infección. Vinculados al procedimiento traumatismos de los vasos sanguíneos y del corazón, trastornos del ritmo cardíaco, embolias. Paro cardíaco. Edema pulmonar. Durante la administración de algunos vasodilatadores puede aparecer descenso de la presión arterial (hipotensión y shock) y alergia. También pueden presentarse complicaciones anestésicas. Luego del procedimiento Infecciones graves, endocarditis, y Sepsis.

Riesgos y posibles complicaciones personalizados

DERECHO A NO CONSENTIR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO: Se me informa que puedo no consentir la realización del referido procedimiento y que en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puedo revocar este consentimiento.

PARTICIPACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS: He sido informado que el FNR tiene como única obligación respecto a mí, en esta instancia, el financiamiento del acto referido y cumplirá satisfactoriamente la misma con la cobertura financiera de dicho acto médico siempre que el mismo se encuentre dentro de su normativa de cobertura y se realice dentro de los protocolos vigentes.

En caso de que el paciente requiera una mayor información sobre el procedimiento financiado, puede dirigirse vía telefónica a la línea abierta del FNR al **0800 1980**, ingresar a la página Web del Fondo Nacional de Recursos www.fnr.gub.uy o dirigirse por vía mail fnr@fnr.gub.uy o personalmente a la calle 18 de Julio 985 – Piso Cuarto – Galería Cristal en el horario de 9 a 17 horas.

(*) En caso de tratarse de menores de 18 años debe firmar padre, madre, tutor o curador, los que deberán acreditar al médico tratante su calidad de tales y se establecerá expresamente en este documento

EXPLICACIONES: Por último, hago constar que he comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, permitiéndome el médico informante hacer todas las observaciones y consultas que estimé necesarias y aclarándome las dudas que haya planteado.

CONDICIONES DEL PACIENTE QUE IMPIDEN RECABAR SU CONSENTIMIENTO: En caso de que a juicio del médico existan condiciones que impidan recabar el consentimiento al paciente, el médico debe detallar los motivos a continuación y recabar la firma de un familiar, todo bajo su responsabilidad:

Nombre del familiar: _____ C.I.: _____

Edad: ____ Grado de parentesco: _____ Firma: _____

**Firma como expresión
de mi decisión informada**

Firma del paciente

Firma del médico

Cédula de Identidad

Caja Profesional

(*) En caso de tratarse de menores de 18 años debe firmar padre, madre, tutor o curador, los que deberán acreditar al médico tratante su calidad de tales y se establecerá expresamente en este documento