

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE TEST DE ASMA DE ESFUERZO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El test de asma de esfuerzo consiste en realizar ejercicio físico progresivamente más intenso (en una cinta rodante o bicicleta estática), valorando si eso produce un descenso de la función pulmonar.

La finalidad es comprobar con seguridad si el paciente padece asma de esfuerzo y, por lo tanto, los síntomas que presenta (tos, fatiga, pitos, etc.) son atribuibles a dicha condición.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Si la prueba resulta positiva, se produce un descenso de la función pulmonar que puede manifestarse con tos, pitos y sensación de falta de aire.

En contadas ocasiones pueden presentarse crisis más graves de broncoespasmo (estrechamiento de los bronquios), que impiden el paso del aire hacia los pulmones y causan asfixia. También existe el riesgo de contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Las pruebas se realizarán con el equipo técnico y personal sanitario especializado en las mismas. El paciente estará protegido continuamente con la asistencia médica y sanitaria adecuada y con los tratamientos que precise.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/>puede | | | |

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

“En los pacientes con enfermedades graves o crónicas y/o en tratamiento farmacológico activo se tendrá en cuenta, tras valoración personalizada del caso, si los beneficios superan los riesgos de la realización del procedimiento”.

CONTRAINDICACIONES

- Accidente cerebrovascular en los 3 meses previos.
- Aneurisma (ensanchamiento) de la aorta.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene. Si no se realiza la prueba, no se puede llegar a saber con certeza si el asma es debida al esfuerzo físico, por lo que el diagnóstico seguirá siendo sólo de presunción.

AUTORIZACIÓN PARA “REALIZACIÓN DE TEST DE ASMA DE ESFUERZO”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: