



ECOCARDIO TRANSESOFÁGICO (ETE)

El día del estudio deberás presentarte con 15 minutos de anticipación en la Recepción de Pacientes Ambulatorios ubicado en la Planta Baja del Edificio Tradicional (esq. Marcelo T. de Alvear y Larrea), con la orden médica, la credencial y la autorización por parte de tu Cobertura Médica (en caso de ser requerida).

Recordá traer los estudios previos relacionados con el estudio que vas a realizarte.

Preparación:

- 6 hs. de ayuno.

Requerimiento:

- Concurrir acompañado.
- No manejar después del procedimiento.



CONSENTIMIENTO MEDICO PARA ECO-CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO

Fecha

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido

Edad Fecha de nacimiento Nacionalidad

Documento tipo Número Sexo

Domicilio Código postal

Localidad Teléfono

Cobertura Afiliado N°

He sido informado/a que se me realizará el procedimiento diagnóstico **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO** que me ha solicitado el **Dr./a**

Este estudio consiste en la evaluación de la anatomía cardíaca, los grandes vasos y su funcionamiento mediante la utilización de un aparato que emite ultrasonido llamado ecógrafo y una sonda en cuyo extremo tiene un transductor que se introduce en el esófago a través de la boca y permite obtener imágenes del corazón que serán grabadas en cintas de video o formato digital y se registrarán fotos.

Para la realización de este estudio se aplica anestesia local y sedación anestésica a cargo de un médico anestesiólogo que le administrará la medicación en forma endovenosa.

Deberá concurrir con un ayuno de 6 horas, deberá informar de toda medicación que esté recibiendo como tratamiento así como también si padece de alguna enfermedad del aparato digestivo alto tales como hemorragia digestiva reciente, tumores, várices esofágicas, divertículos o estenosis esofágica, alteraciones en la deglución y otras como hepatitis y serología positiva para VIH. También si ha sido sometido a cirugía de tracto digestivo alto. Asimismo en ciertos casos se podría inyectar solución de contraste intravenoso (suspensión de pequeñas burbujas) para definir algunas patologías particulares.

Una vez finalizado el estudio se le retirará la venoclisis y podría quedar alguna molestia en la oro faringe.

He leído y comprendido todo lo descripto y me han sido explicadas todas las dudas relativas al estudio. En consecuencia doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento solicitado y autorizo a los médicos del IADT a que me asistan con la finalidad de tratar posibles reacciones adversas, las que me han sido suficientemente explicadas.

Firma Paciente/Pariente o Tutor (*)

Aclaración

Si firma una persona que no sea el /la paciente, grado de parentesco

Firma de testigo

Nombre Documento

(*) Debe firmar el /la paciente a menos que el /la paciente sea menor de 18 años o discapacitado.

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas hechas.

Firma Médico Fecha

Aclaración