

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA REALIZACION DE  
TEST DE BASCULACION**

**SERVICIO CARDIOLOGIA**

**A. IDENTIFICACIÓN:**

NOMBRE DEL MEDICO QUE LE INFORMA:..... Fecha: .....

**B. INFORMACIÓN SOBRE EL TEST DE BASCULACION:**

La exploración de Tilt Test o camilla basculante es una prueba para el estudio de pacientes con pérdidas de conciencia. Es una prueba sencilla y útil para diagnosticar la causa que las provoca. La exploración comienza realizando un electrocardiograma y dando un masaje en el cuello. Posteriormente se coloca la camilla inclinada a 60 grados y así se permanece durante 20 minutos. Si no se ha reproducido el mareo se administrará un spray debajo de la lengua y se esperará 15 minutos máximo. El objetivo de la prueba es reproducir el mareo observando el electrocardiograma y la tensión en ese momento.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TEST DE BASCULACION:**

- Algunas veces puede quedarse durante algunos segundos sin latido cardiaco, que en nuestra experiencia no ha planteado consecuencias posteriores.
- Son excepcionales episodios de convulsiones, así como situaciones que precisen de masaje cardíaco.

**D. DECLARO:**

Que he sido informado por el Médico, de las ventajas e inconvenientes de la prueba y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL TEST DE BASCULACION

Firma del paciente

Firma del medico responsable

Nombre..... Nombre .....

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña. .... D.N.I. ....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):..... Firma:.....