

TEST DA MARCHA (6 minutos)

1.- Que é?

O Test da Marcha é unha proba de esforzo xeralmente ben tolerada cuxo obxectivo é medir a distancia camiñada en terreo chan durante 6 minutos.

2.- Para que serve?

É unha forma de coñecer a capacidade do individuo para o exercicio sen esforzo intenso (submáximo), e así avaliar a capacidade funcional do paciente ante diferentes enfermidades, a resposta ao tratamento rehabilitador, predicir a supervivencia e discriminar ou diferenciar aqueles pacientes con maior frecuencia de hospitalizacións por enfermidade neurolóxica, oncolóxica, músculo-esquelética, pulmonar ou cardíaca, así como nos pacientes con grandes cirurxías.

3.- Como se realiza?

O paciente ao que se realiza esta proba é valorado como paciente de baixo risco para esta exploración. Colocaráselle un monitor que vai rexistrando as constantes vitais durante a realización da proba.

Este test consiste en camiñar en terreo chan, a o seu paso habitual, durante 6 minutos, deténdose cada vez que o necesite ou lle sexa indicado. Avaliase simultaneamente a frecuencia cardíaca, a saturación de osíxeno e o grao de dispnea ou de falta de aire.

4.- Cales son os riscos?

A realización da proba, ademais de posibles molestias pode xerar certos riscos.

- Riscos leves e frecuentes:
 - Dor muscular
 - Fatiga
- Riscos leves e pouco frecuentes:
 - Aumento da dificultade respiratoria (dispnea)
 - Suoración
 - Palidez
 - Incoordinación
 - Dor torácica
- Riscos graves e frecuentes:
 - Ningún
- Riscos graves e pouco frecuentes:
 - Aumento da presión arterial
 - Aparición de arritmias (taquicardia ventricular)

5.- Cales son las alternativas?

Non existen alternativas.

Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa máis información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.

RISCOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. maior de idade, con
D.N.I.:, veciño/a de rúa
..... Nº, teléfono

MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra.
en data/...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento:
..... e igualmente dos beneficios que se esperan e
do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así
como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de a que me practiquen o
procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de
que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para
manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dna., con D.N.I.:
en calidade de

Asino dous exemplares en A Coruña, a de de

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a representante legal

Sinatura do/a facultativo/a

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).

Data:/...../.....