

REHABILITACIÓN CARDÍACA INFANTIL

1.- Que é?

É un programa de actividades estabilizadoras cardíacas para as persoas con cardiopatías conxénitas que teñan limitacións para realizar actividade física, e nas que o adestramento e a práctica de exercicio é unha forma de mellorar a súa saúde.

2.- Para que serve?

Preténdese mellorar a calidade de vida e a función do corazón. Os programas de rehabilitación cardíaca permiten a práctica de exercicio físico nun ambiente seguro e baixo supervisión. O programa é individualizado, adecuando o nivel e o tipo de exercicio para cada paciente, segundo os resultados da análise coidadosa da historia clínica e probas complementarias.

3.- Como se realiza?

Realízase adestramento 2-3 días por semana: 2 días por semana no hospital e un terceiro día opcional en domicilio; o tempo de cada sesión de adestramento será de 60 minutos. A duración habitual será de 12 semanas de adestramento, condicionada polas condicións especiais de cada paciente. Para valorar os beneficios físicos que se alcancen realizaranse probas complementarias como son a ergoespirometría (proba de esforzo) e a ecocardiografía (ecografía do corazón), e para valorar os beneficios subxectivos dos pacientes e das súas familias pedirémoslles que respondan un test de calidade de vida.

4.- Cales son os riscos?

A realización de exercicio pode dar lugar a complicacións moi infrecuentes pero graves como arritmias (alteracións no ritmo cardíaco) e morte súbita (falecemento repentino e imprevisto). A Unidade está preparada con instrumental e persoal sanitario para atender as posibles complicacións ou eventos que poidan producirse nun paciente con cardiopatía. Os adestramentos realizaranse baixo monitoraxe do ritmo e a frecuencia cardíaca.

É moi importante que siga as normas e recomendacións que lle indiquen os profesionais da Rehabilitación, tanto oralmente como nos documentos que se lle entregarán, e que transmita aos profesionais do programa de Rehabilitación Cardíaca (Médico, Enfermeira, Psicólogo, Fisioterapeuta, etc.) calquera tipo de evento (mareos, dor, palpitacións, etc.) que poida presentar durante o adestramento ou as actividades diarias.

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/a 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:/...../.....