

## CONSENTAMIENTO DEL PRUEBA NUCLEAR DE ESTRES

Un examen del corazón prueba nuclear de estrés es un imagen del computadora del músculo del corazón al descansar y durante ejercicios. Un elemento trazador radioactivo se inyectara por un IV pequeño en la mano o el brazo. Este elemento radioactivo se permitirá ver el músculo del corazón por una computadora. Desde entonces, el medico puede determinar como el corazón se recibe sangre al descansar y durante ejercicios.

Para inducir una carga de trabajo elevado al corazón, la prueba se puede hacer con ejercicios o con la químico Adenosina. Adenosina es administrado por el IV, se dilata los vasos del corazón. Algunas veces se llama un "Prueba Químico del Estrés."

Este riesgo del ejercicio a la vida es aproximadamente 1 en 10,000. El riesgo de muerte para la gente con la enfermedad del corazón sintomático arteriosclerótica quienes no reciben una prueba es más que la prueba misma.

Factores del riesgo complejo con el examen del corazón prueba de estrés arribe son los siguientes:

- Coagulo del sangre de el IV (magullamiento y inflamación)
- Anormales fetales (**NO HACE LA PRUEBA SI ESTAS EMBARAZADA O ALIEMENTADA DEL SENO**)
- Dificultades del respirar
- Ligereza de cascos
- Enrojecer o dolor del cabezo
- Cambios posibles del ritmo del corazón y/o presión sanguínea
- Hacer mal o nausea
- Incómodos o dolor del pecho

### Completar por Clientes Hembras:

1. Esta (marque la cuadro apropiado):
  - Después de la menopausia
  - Antes del menopausia, estéril quirúrgico (histerectomía, ligación del tubos, mas)
  - Antes de la menopausia, no estéril quirúrgico. Esta o piensa que pueda estar embarazada?  
 Si  NoLa fecha de su última menstruación: \_\_\_\_\_
2. Ha tenido un mastectomía
  - Si  No
  - Derecha  Izquierda
3. Esta alimentada del seno ahora
  - Si  No

Esto consentimiento no es para alarmarse, pero informarte para que dar o negar su consentimiento.

Entiendo el procedimiento diagnostico para me, y consiento voluntariamente y autorizo a James Rellas, M.D. y sus ayudantes técnicos a hacer la prueba.

\_\_\_\_\_  
Cliente/otro representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación representativa al cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Adenosine	lbs	kg	ml	mg	units	tech initials	infusion time