



AZTERKETA ELEKTROFISIOLOGIKOA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Proba diagnostiko hau egiten da pazienteak bihotzeko gaixotasunen bat daukala jakin edo susmatzen bada, eta bihotzeko erritmoan aldaketak (arritmiak) dituenean.

Azterketa honen bitartez, arritmia-mota eta honen larritasuna, bihotzaren zein lekutan gertatzen den eta sortzen dituen arazoak ezagutu daitezke. Horretaz gain, jarri behar den tratamendua hobeto zehazteko balio du.

Pazientea baraurik, kontziente nahiz sedatua eta etzanda dagoen bitartean egiten da. Anestesia lokala jartzen zaio larruazalean, zitzada emango zaion lekuan, (izterondoan, besoan edo lepoan), miaketa mingarria gerta ez dadin. Alderdi horietako bena edo arterietan barrena, zenbait kateter sartu (kable oso meheak, luzeak eta malguak), eta bihotzeraino bideratzen dira, X izpi-bidezko kontrol pean. Kateterrek bihotzaren jardura elektrikoa bere barnetik etengabe erregistratzeko balio dute, baina baita taupada-markagailu lanetarako, behar izanez gero. Batzuetan, proba egin bitartean, botikaren bat behar izaten da, arritmiaren diagnostikoa zehaztu ahal izateko. Azterketaren iraupena aldatu egiten da, eta, egin ondoren, zenbait ordu eman behar ziateen dira ohean.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Azterketa egin bitartean, normala izaten da askotan palpitazioak sentitzea, kateterrek eragindakoak edo emandako medikazioaren ondorioz. Batzuetan, ezinbestekoa izan liteke talka elektriko bat eman behar izatea, bat-bateko arazoren bat konpontzeko. Gehienetan, ziztatutako lekuan sentitzen den molestia txiki bat besterik ez da izaten, edo, bestela, ia beti berez desegiten den hematoma bat. Ohiz kanpokoak izaten dira prozedura honi dagozkion bestelako konplikazioak (flebitisa, benako edo arteriako tronbosia, transfusioa eskatzen duen odoljariora, bihotzeko zulatzea, enbolia). Aipatutako batzuk larriak dira, eta urgentziako erantzuna behar dute. Hiltzeko arriskua ohiz kanpoko da (bat 3.000ko).

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón, o con sospecha de ellas, que tienen alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias).

Permite conocer el tipo y gravedad de las arritmias, el lugar del corazón donde se originan y los trastornos que producen. Sirve además para enfocar mejor el tratamiento que debe aplicarse.

Se realiza estando el paciente en ayunas, consciente aunque sedado, y tumbado. Se le aplica anestesia local en la zona de la piel donde se efectuará la punción (ingle, brazo o cuello), para que la exploración no resulte dolorosa. A través de las venas o arterias de dichas zonas se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por rayos X. Los catéteres sirven para registrar permanentemente la actividad eléctrica del corazón desde su interior, pero también sirven si es necesario como marcapasos. A veces, es necesario administrar algún fármaco durante la prueba para precisar el diagnóstico de la arritmia. La duración del estudio es variable, debiendo permanecer después en cama varias horas.

C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Es habitual que note palpitaciones en muchos momentos del estudio, ya que son provocadas por los catéteres o por efecto de la medicación administrada. En ocasiones, puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para resolver un problema súbito. La mayoría de las veces solo habrá una leve molestia en la zona de punción, o la aparición de un hematoma que habitualmente se reabsorbe espontáneamente. Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o arterial, hemorragia que precise transfusión, perforación cardíaca, embolia, si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente; es excepcional el riesgo de muerte (1 por 3.000).



- X izpiekiko esposizioagatik: Interbentzio hau egiteko, X izpiak erabiltzen dira, organismoan ondorio kaltegarriak eragin ditzaketanak; proba honen ondoriozko onurek efektu horiek konpentsatzen dituzte, eta, edonola ere, eta indarrean dagoen legeria betez, gutxieneko dosia erabiliko da interbentzioaren helburuak osatzeko.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

D. JAKINARAZI:

Arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzaketenez, beharrezkoa da hurrengo hauek jakinaraztea: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren aldaketak, gaixotasun kardiopulmonarrak, protesirik baduzun, egun hartzen dituzun medikamentuak eta antzekoak.

E. PERTSONA BAKOITZAREN ARABERAKO ARRISKUAK:

Baliteke pertsona bakoitzaren ezaugarri bereziek eta gaixotasunek (diabetesa, hipertentsio arteriala, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzakete. Medikuek zure kasuan izan daitezkeen arriskuak jakinarazi dizkizu.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Azterketa elektrofisiologiko batek zure bihotz-erritmoari buruz ematen duen informazioa ezin da beste modu batez lortu.

Zuk duzun arazoa aztertzeke proba egokia da, aukera kontserbatzaileak arriskutsuak diren neurtzeko ezinbesteko informazioa ematen du eta. Horrez gain, ablazio-teknikak erabiliz, aukera ematen digu ere zure arritmiak eragiten dituen arazoa kentzeko.

- Por la exposición a los rayos X: Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso, y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

D.- AVISENOS:

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

E.- RIESGOS PERSONALIZADOS:

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

F.- ALTERNATIVAS:

El acceso a la información sobre el ritmo de su corazón que proporciona un estudio electrofisiológico no tiene alternativa.

Esta prueba está indicada preferentemente para estudiar el problema que usted presenta y permite acceder a información imprescindible para establecer el riesgo de opciones conservadoras. También nos permite, utilizando técnicas de ablación, eliminar el origen de sus arritmias.



Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetza osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

Pazientea/ El Paciente**Pazientearen izen-abizenak**

Nombre, dos apellidos

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha



Medikua/Ei/La Médico

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

Sinadura eta data

Firma y fecha

Legezko Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha