

**ETENGABEKO ESTIMULAZIO KARDIAKORAKO SISTEMA ALDATZEKO BAIMEN  
INFORMATUA****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECAMBIO DE SISTEMAS DE ESTIMULACIÓN  
CARDIACA PERMANENTE****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....**B. INFORMAZIOA:**

- Jarrita daukazun estimulazio-unitatea berri batekin ordezkatu behar dizugu. Jarri genizunetik, azterketak egin dizkizugu, eta, azkenean, interbentzioa egitea proposatu dizugu, oraingo sistema aldatzeko. Hau da aldaketarako oraingo indikazioa:  
.....
- Anestesia lokala eman ondoren, ebakigune txiki bat egingo dizugu larruazalean, eta bihotza estimulatzeko unitate berria jarriko dizugu larruazalaren azpian, lehendik jarrita daukazun kableei lotuta.
- Operazio-gelan, kableak behar bezala dabilzan aztertuko da. Ongi ez badabilta, berriak jarriko dizkizugu. Hala gertatuz gero, hasierako ebakuntzaren antzeko prozedura izango da; dena den, ikusi egin beharko da zer kable den aldatu beharrekoa. Horregatik, aurreko aldian sinatutako baimen informatuaren antzeko dokumentua eman dizugu, sina dezazun.
- Horrelako ebakuntzetan, normalean, nahikoa izaten da estimulaziorako unitatea aldatzea. Hori dela-eta, prozedura teknikoa lehenengo ebakuntzakoa baino askoz ere errazagoa da (aurrekoan ezarritako kableak erabiltzen baitira).
- Aldian behingo azterketak egin behar dira kanpoko kontsultan edo zure etxetik.
- Bihotza estimulatzeko ezar daitezkeen sistema guztiek urruneko kontrolerako aukera dute gaur egun, etxetik bertatik aztertu ahal izateko.

**C.- ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

- Bada infektatzeko arriskua, baina oso-oso gutxitan gertatzen da (%1.5) beharrezko neurri guztiak hartzen baitira. Infekziorik gertatuz gero, larria izan daiteke, infekzioa bihotzera igaro daitekeelako, eta, beraz, kableak ezin izaten direlako trakzioz atera,

**A. IDENTIFICACIÓN:**NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....**B. INFORMACIÓN:**

- La unidad de estimulación que se le implantó necesita ser sustituida por una nueva. Desde entonces ha estado realizando revisiones y finalmente se le ha propuesto intervenir para cambiar el sistema actual. La indicación actual de recambio es  
.....
- Con anestesia local se realizará una pequeña incisión en la piel para extraer su unidad de estimulación y colocar una nueva unida a los cables que usted lleva ya implantados.
- En el quirófano se confirmará el correcto funcionamiento de los cables. Si no lo fuera se sustituirían por unos nuevos; en ese caso el procedimiento se convertiría en una operación similar a la inicial, con las mismas características que se recogieron en el consentimiento utilizado en aquella ocasión. Si no lo recuerda se le puede proporcionar un nuevo ejemplar.
- Lo más frecuente de una operación de recambio es precisar solamente una sustitución de la unidad de estimulación con lo que técnicamente es un procedimiento mucho más simple que la primera operación (se utilizan los cables ya colocados).
- Es preciso realizar controles periódicos en la consulta externa o desde su domicilio.
- Todos los sistemas implantables para estimular el corazón cuentan en la actualidad con la posibilidad de control a distancia, permitiendo la revisión desde el domicilio.

**C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- Existe un riesgo de infección poco frecuente (1.5%) ya que se toman las precauciones necesarias. En caso de producirse sus consecuencias pueden ser muy importantes por transmitir la infección al corazón y no poderse extraer los cables por tracción ya

zenbait urte baitaramate ezarrita.

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:**

Estimulaziorako unitatea aldatzea da irtenbide bakarra.

**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**

que llevan varios años implantados.

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:**

No existe alternativa al recambio de unidad de estimulación.

**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/El/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 .....



**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: 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