



HESTEGORRIBIDEZKO EKOKARDIOGRAFIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Medikuak **hestegorribidezko ekokardiograma** egitea komenigarri ikusten du. Proba honetan zunda bat sartzen da hestegorritik, bihotza eta balbula kardiakoak ikusteko.

Erizainak zain-bide bat hartuko dizu, ez baduzu; haren bidez sedaziorako medikazioa emango zaizu.

Kardiologoak zunda bat jarriko dizu ahoan, eta irensteko eskatuko dizu, esofagoan sartzeko.

Iraupena, gutxi gorabehera, 30-45 minutu.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOK:

Normalean, modu iragankorrean, goragalea eta eztarriko azkura sentitzen dira.

Konplikazio larriagoak gerta litezke (arritmiak, hipoxia, min torazikoa) baina oso ezohikoak dira eta behar diren giza baliabideak eta tresnak ditugu gertatuz gero aurre egiteko.

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. Medikuak zure kasuan izan daitezkeen arriskuak jakinarazi dizkizu.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

Su médico le ha solicitado un **ecocardiograma transesofágico**. Esta prueba consiste en visualizar el corazón y las válvulas cardiacas a través de una sonda que se introduce en el esófago.

La enfermera le tomara una vía venosa, en caso de que no la lleve, a través de la cual se le pasará la medicación para la sedación.

El cardiólogo colocará la sonda dentro de su boca y le pedirá que trague para introducirla en el esófago.

La duración aproximada del estudio será de 30-45 minutos.

C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Habitualmente se producen nauseas y picor en la garganta pero de forma pasajera.

Aunque también pueden aparecer otras complicaciones más graves (arritmias, hipoxia, dolor torácico) estas son excepcionales y disponemos de los medios humanos y técnicos necesarios para solucionarlas de forma inmediata.

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. ORDEZKO AUKERAK:

Proba ez-inbaditzaile gisa bihotzeko erresonantzia magnetiko bat egin daiteke, baita bihotzeko angio OTA bat ere.

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

F.- ALTERNATIVAS:

Se puede realizar como pruebas no invasivas una resonancia magnética cardiaca y también, un angio TAC cardiaco.

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