



KONTRASTEKO EKOKARDIOGRAFIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOCARDIOGRAFÍA DE CONTRASTE

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data.....

B. INFORMAZIOA:

Medikuak **kontrasteko ekokardiograma** egiteko eskatu dizu. Proba hau bihotza ikusteko da, kontrastea injektatzen dizuten bitartean eta ultrasoinuak erabiliz. Horretarako, ohatilan etzanda zaudela, erizainak bena-bide bat ipiniko dizu, kontrastea sartu ahal izateko. Horrela, ekografia egingo dizute, bai injektatu aurretik eta baita injektatu bitartean ere.

Azterketak 30 bat minutu iraungo du, eta, bukatu ondoren, bena-bidea kendu eta sendaketa txiki bat egingo dizute.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Proba egin bitartean, beharbada, molestiak izango dituzu: zainean egindako zitzadaren ondorio dira, zeren, kontrastea sartzean, seguru asko, konturatu ere ez zara egingo.

Ohiz kanpo, erreakzio alergiko bat izan dezakezu kontraste jakin baten aurrean (Sonovue®); haren larritasuna desberdina izan daiteke (gurean 3 aldiz izan da, ondoz ondoko lau urtetan eta 1.100 azterketa baino gehiagoren artean), baina halakorik balitz, baliabide teknikoak eta giza baliabideak ditugu konplikazioa behar bezala tratatzeko.

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 antzeakoak.

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 de contraste**. Esta prueba consiste en visualizar el corazón con ultrasonidos, mientras se le inyecta un contraste ecográfico. Para ello, estará tumbado en una camilla donde una enfermera le pondrá una vía venosa, que permite inyectar el contraste. Se le practicará una ecografía antes y durante las inyecciones de contraste.

La duración aproximada del estudio será de 30 minutos. Una vez finalizada la prueba, se le retirará la vía venosa y colocará una mínima cura.

C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Durante la prueba puede tener las molestias normales atribuibles a una punción venosa, ya que la inyección de contraste probablemente no suele notarse.

Excepcionalmente, puede presentar una reacción alérgica a un tipo determinado de contraste (Sonovue®), cuya severidad puede variar (en nuestro medio ha ocurrido en 3 ocasiones, en cuatro años consecutivos y mas de 1100 estudios), pero que en caso de que así fuera, disponemos de los medios técnicos y humanos para tratar adecuadamente la complicación.

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:

Ordezko aukera gisa honakoak egin daitezke: bihotzeko erresonantzia magnetiko bat, kardiologia nuklearreko azterketa-motaren bat, baita bihotzeko angio OTA bat ere.

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, agintaritza judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako 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/>

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 alternativas una resonancia magnética cardiaca, algún tipo de estudios de cardiología nuclear y también, un angio TAC cardíaco.

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>

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 Ordezkarria: 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