

**ESFORTZUKO EKOKARDIOGRAFIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:**B. INFORMAZIOA:**

Medikuak **esfortzuko ekokardiograma** egiteko eskatu dizu. Proba hau bihotza ikusteko da: esfortzua egin aurretik, egin bitartean eta egin ondoren. Horretarako, ohatilan etzanda zaudela, ekografia egingo dizute; ondoren, ariketa bat egin beharko duzu (zintaren gainean ibili edo etzandako bizikleta baten pedalei eragin), eta berriz ere egingo dizkizute ekografiak, bai esfortzua egin bitartean, eta bai eta egin eta berehala.

Ohiz kanpo, proba egin aurretik, zain-bide bat hartuko zaizu, proba kontrastearekin egin beharko balitz ere edo medikazoren bat (atropina) injektatu beharko balitz ere.

Azterketak 30 bat minutu iraungo du.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Proba egin bitartean, beharbada, bularreko mina, arnasestua edo ondoeza izango duzu, eta proba bukatu eta suspertu ahalean kenduko zaizkizu.

Konplikazio larriagoak ere gerta daitezke (angina ez-egonkorra, infartua, shocka), baina ohiz kanpokoak dira, eta, gertatuz gero, behar bezalako giza baliabideak eta baliabide teknikoak dauzkagu konplikazio horiei 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 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 esfuerzo**. Esta prueba consiste en visualizar el corazón antes, durante y después de un esfuerzo. Para ello, estará tumbado en una camilla donde se le practicará una ecografía, para después hacer un ejercicio (andar sobre una cinta o pedalear en una bicicleta tumbada) y realizar de nuevo ecografías durante e inmediatamente de finalizar el esfuerzo. Excepcionalmente antes de la prueba se le cogerá una vía venosa por si hubiera que realizar la prueba con contraste o inyectar medicación (atropina).

La duración aproximada del estudio será de 30 minutos.

C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Durante la prueba puede aparecer dolor torácico, fatiga o malestar que desaparecen en la fase de recuperación.

Aunque también pueden aparecer otras complicaciones más graves (angina inestable, infarto, shock), estas son excepcionales y disponemos de los medios humanos y técnicos para solucionarlas.

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:

Honako hauek egin daitezke: ekokardiograma farmakologikoa regadenoson+ atropinarekin, estres-ekokardiografia dobutaminarekin, medikuntza nuklearreko azterketak, estres farmakologikoaren azterketak bihotzeko erresonantziarekin edo OTA koronario bat.

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 betetz. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeek. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatze 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 ecocardiograma farmacológico con Regadenoson + atropina, ecocardiografía de estrés con dobutamina, estudios de medicina nuclear, estudios de estrés farmacológico con resonancia cardíaca o un TAC coronario.

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 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