



## REGADENOSÓN-EKIN ESTRES-ERRESONANTZIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA DE ESTRÉS CON REGADENOSÓN

### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

### B. INFORMAZIOA:

- Proba honetan, bihotza erresonantzia magnetikoaren teknikaren bidez ikusarazten da, medikamentu bat ematen den bitartean, bihotzaren odol-fluxua txikiagoa izaten da buxada koronarioak dituzten guneetan, eta horiek nabarmentzen dira hobeto ebaluatzeko.
- Horretarako, ohatila batean etzanda egongo da, besoan seruma jarriko zaio, elektrokardiograma ikusteko eranskailuak, bularrean erresonantziaren antena (erresonantziaren seinalea detektatzeko plastiko gogorreko armazoia) eta arteria-presioa hartzeko mahuka. Zenbait irudi egingo dizkizugu, farmakoa serumaren bidez ematen dizuten bitartean, baita erresonantzia-kontrastea ere.
- Botikaren eraginak 5 minutu inguru irauten du. Ondoren, bihotza aztertzeke gainerako irudiak lortzen jarraituko dugu, erresonantzia 45-60 minutu inguru eginez.

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Pazienteen % 10-30ek honako hauek senti ditzakete: buruko mina, goragalea, bularreko mina, palpitazio-eta sofoko-sentsazioa, ahoko lehortasuna, eta horiek arinak eta iragankorrak izaten dira. Ondoren, botikaren eragina deuseztatuko da tantaz tantakoaren bidez emango den beste farmako batekin.
- Beste konplikazio larriago batzuk ere ager daitezke (arritmiak, shocka, infartua); salbuespenekoak dira, eta horiek berehala tratatzeko behar diren giza baliabideak eta baliabide teknikoak ditugu.

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

### A. IDENTIFICACIÓN:

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

### B. INFORMACIÓN:

- Esta prueba consiste en visualizar el corazón mediante la técnica de la resonancia magnética mientras se administra una medicación que hace que el riego del corazón sea menor en las zonas con obstrucciones coronarias, destacándolas para su mejor evaluación.
- Para ello, estará tumbado en una camilla, se le habrá colocado un suero en el brazo, pegatinas para ver el electrocardiograma, la antena de la resonancia en el pecho (armazón de plástico duro para detectar la señal de la resonancia) y un manguito para la toma de la presión arterial. Se le realizarán varias imágenes mientras se le administra el fármaco a través del suero, además de contraste de resonancia.
- La duración aproximada del efecto de la medicación es de unos 5 minutos. A continuación, se seguirá con la obtención del resto de imágenes para el estudio del corazón, completando unos 45-60 minutos en la resonancia.

### C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Entre el 10 y el 30% de los pacientes pueden notar dolor de cabeza, náuseas, dolor en el pecho, sensación de palpitaciones y de sofoco, sequedad de boca, de carácter leve y transitorio. Posteriormente se eliminará la acción de la medicación con otro fármaco que se inyectará a través del gotero.
- Pueden aparecer otras complicaciones más graves (arritmias, shock, infarto); estas son excepcionales y disponemos de los medios humanos y técnicos necesarios para tratarlas de forma inmediata.

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

**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:**

- OTA koronarioa
- Estrés-ekokardiografia
- MIBI
- Esfortzu elektrokardiografikoaren proba.

Zure espezialistak azterketa erabilgarriena proposatuko dizu, zure egoera funtzionalaren eta gaixotasun-susmoaren arabera.

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/>

**D.- AVÍSENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (especialmente si padece asma bronquial), 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 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:**

- TAC coronario
- Ecocardiografía de estrés.
- MIBI
- Prueba de esfuerzo electrocardiográfica.

Su especialista le propondrá la exploración más útil dependiendo de su situación funcional y sospecha de enfermedad.

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](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 Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: en caso de incapacidad del paciente o menor****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