

**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**24 ORDUKO INPEDANZIOMETRIA ESOFAGIKOA / IMPEDANCIOMETRÍA ESOFÁGICA**  
**24 HORAS**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

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

**A. IDENTIFICACIÓN:**

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

**B. INFORMAZIOA:**

Proba osagarri bat da PHmetria esofagikoarena, fluxu gastroesofagiko garrantzaren eta ez garrantzaren intentsitate maila aztertzea ahalbideratzen duena, ekipo eramangarria erabilita (zunda eta gailua) 24 orduz modu ambulatorioan.

Zunda mehe eta malgu bat sartzen da sudurretik urdaileraino. Zunda behar bezala kokatuta dagoela egiaztatu ondoren, azterketa hasiko da.

Gorputzak ondo jasaten du eta ez da anestesiarik behar.

Azterketaz arduratuko diren erizaintzako arduradunek orri bat eta hori betetzeko jarraibideak emango dizkizute.

Probak iraun bitartean, ohiko bizimodua izan beharko duzu. Ezingo duzu esfortzu fisiko handirik egin, dutxarrik hartu edo makina astunik erabili.

**C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:**

- Jartzean Sinkopea
- Narritadurazko eztula.
- Goragalea.
- Urdaileko edukiaren bronko-xurgapena (baraualdia errespetatu ez bada).
- Sudurreko odoljario txikia.
- Esofagoko zulaketa (oso gutxitan).

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

**B. INFORMACIÓN:**

Es una prueba complementaria a la pHmetría esofágica, que permite estudiar el grado e intensidad del reflujo gastroesofágico ácido y no ácido e incluso de gas, utilizando un equipo portátil (sonda y aparato) durante 24 horas de forma ambulatoria.

Se introducirá una sonda delgada y flexible a través de la nariz hasta el estomago. Una vez comprobado la correcta colocación de la misma, se iniciará el estudio.

La prueba es bien tolerada y no requiere anestesia.

El personal de enfermería responsable de la prueba, le entregará una hoja de registro que usted deberá cumplimentar según las instrucciones que se le faciliten.

Deberá realizar vida lo más normal posible mientras dure la prueba. No puede realizar esfuerzos físicos excesivos, ni ducharse ni utilizar maquinaria pesada.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- Sincope en la colocación.
- Tos irritativa
- Náuseas
- Broncoaspiración de contenido gástrico (en caso de no respetar el ayuno).
- Pequeño sangrado nasal.
- Perforación esofágica (muy rara complicación).

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

#### D. ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

#### E.- ARRISKU PERTSONALAK:

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikatuak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

#### F. ORDEZKO AUKERAK:

Ez dago alternatibarik INPEDANZIOMETRIA esofagikorako, errefluxu garratzaren ikerketarako teknika hautua izanik, EZ GARRATZA ETA GASA.

Datuen babesari buruzko oinarriko 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 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/>

#### D. AVÍSENOS:

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 una alternativa a la IMPEDANCIOMETRÍA esofágica, siendo la técnica de elección para el estudio del reflujo ácido, NO ACIDO Y GAS.

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>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

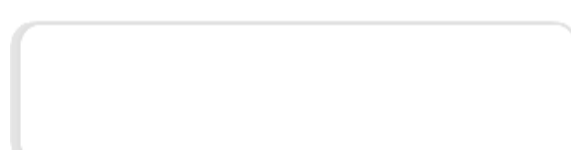
FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

**Pazientea/k / El Paciente/s****Pazientearen izen-abizenak eta NAN**Nombre, apellidos y DNI del paciente  
.....**Sinadura/k eta data**

Firma/s y fecha .....

**Medikua/k / El/La Médico/s****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, apellidos y número de colegiado  
.....**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 ordez kariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha



**Pazientearen edo legezko ordez kariaren 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

