



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
KONTRASTEKO EKOKARDIOGRAFIA / ECOCARDIOGRAFIA DE CONTRASTE**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. INTERBENTZIOARI BURUZKO INFORMAZIOA:**

Medikuak KONTRASTEKO EKOKARDIOGRAMA bat egiteko eskatu dizu. Proba honen oinarria da bihotza ultrasoinuen bidez ikustea, kontraste ekografiko bat injektatzen dizuten bitartean. Horretarako, etzanda egongo zara ohatila batean, eta erizain batek zain-bide bat jarriko dizu, kontrastea injektatu ahal izateko. Ekografia bat egingo dizute, kontrasteko injekzioak jarri aurretik eta jarriak dituzun bitartean.

**B. DEFINICIÓN:**

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.

Azterketak 30 minutu inguru iraungo du. Behin proba amaituta, zain-bidea kendu eta sendaketa txiki bat jarriko dizute.

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.

Baimen hau izenpetu aurretik, informazio gehiago nahi baduzu, zalantza barik eskatu. Esfortzuko ekokardiografia ez den beste alternatiben berri eduki nahi baduzu, galde ezazu, arazo barik. Atsegin handiz erantzungo dizugu.

Si antes de firmar este consentimiento desea mas información, no dude en pedirla. Si además desea conocer otras posibles alternativas diferentes al ecocardiograma de esfuerzo, no tenga reparo en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

- Proba egiten dizuten bitartean, min apur bat izan dezakezu, zaineko ziztadek eragin ohi dutena; izan ere, kontrasteko injekzioa nabaritu ere ez duzu egingo ziurrenik.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- Durante la prueba puede tener las molestias normales atribuibles a una punción venosa, ya que propiamente la inyección de contraste probablemente ni la note.

**D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:**

<~~ ~>

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~~ ~>

**E. BESTELAKO AUKERAK:**

<~~ ~>

**E. ALTERNATIVAS:**

<~~ ~>



<--

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:**  
**Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetzako langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:**

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

*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 asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. 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

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

**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

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

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

**Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legetzko 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