

**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO**
OHIKO ESFORTZU-PROBA EGITEA
REALIZACIÓN DE PRUEBA DE ESFUERZO CONVENCIONAL**A. IDENTIFIKAZIOA:****MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>**B. AZALPENA:**

Diagnostikoa edo pronostikoa ezartzea da proba honen helburua. Bihotzeko gaixotasunen bat duten pazienteei egiten zaie, edo arteria koronoarioetako gaixotasunen bat eduki dezaketenei ere bai.

Proba honek aukera eskaintzen du bihotzak ariketa fisiko kontrolatuaren aurrean nola funtzionatzen duen ikusteko (ergometria). Gainera, esfortzu horren aurrean organismoak duen gaitasun orokorra baloratzeko balio du, eta, beharrezkoa denean, arnastutako oxigeno-kontsumoa neurtzeko ere bai.

Zinta mugikor baten gainean ibiliz egiten da, edo bizikleta ergometriko batean pedalei eraginez, edo ergometro espezifiko batean. Arian-arian, eta denbora-tarte zehatz batzuetan, zintaren abiadura azkarrago jartzen da, aldapa handitzen da, edo biak batera; edo, bizikletaren edo ergometroaren zama-maila handitzen da. Miaketa osoan zehar, arteria-presioa, pulsuaren maiztasuna eta elektrokardiograma kontrolatzen dira, aldaketak analizatzeko. Sintoma edo zeinu kezagarriak agertuz gero, eten egingo da proba.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Sintomak (muskuluen nekea, zorabioa, bularraldeko angina, hanketako mina) edo zeinuak (arteria-hipertentsioa) ager daitezke; horiek guztiak ariketa fisikoa amaitzean arindu edo desagertuko dira. Gaixotasun koronario larria dagoen kasu batzuetan honakoak ager litezke: erritmo kardiakoaren trastorno larriak, sinkopea, edo, oso gutxitan bada ere, miokardioko infartua edo bihotz-gutxiegitasuna; hiltzeko arriskua ohiz kanpoko da (10.000tik behin).

A. IDENTIFICACIÓN:**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>**B. DEFINICIÓN:**

Es una prueba con fines diagnósticos o pronósticos para pacientes con enfermedades del corazón, o con sospecha de enfermedad de las arterias coronarias.

Permite comprobar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado (ergometría). Sirve además para valorar la capacidad global de su organismo ante dicho esfuerzo y poder medir, si procede, el consumo de oxígeno respirado.

Se realiza caminando sobre una cinta rodante, pedaleando en bicicleta ergométrica, o en un ergómetro específico. Mientras tanto, se aumenta progresivamente la velocidad, la pendiente o ambas de la cinta, o el nivel de carga de la bicicleta o del ergómetro, en periodos de tiempo determinados. Durante toda la exploración se controlan la presión arterial, la frecuencia del pulso y el electrocardiograma, para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecieran síntomas o signos alarmantes.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Pueden existir síntomas (cansancio muscular, mareo, angina de pecho, dolor en las piernas) o signos (hipertensión arterial) que se aliviarán o desaparecerán al cesar la actividad física. En ciertos casos de enfermedad coronaria importante pudieran presentarse trastornos del ritmo cardíaco graves, síncope y muy ocasionalmente infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca; el riesgo de muerte es excepcional (1 por 10.000).



- **Zure oraingo egoera klinikoan, proba honek ekarriko dizkizun onurak balizko arriskuak baino handiagoak dira. Horrexegatik gomendatzen dizugu egitea. Konplikazioen bat agertuz gero, arreta eskaintzen dizun pertsonal medikoa eta erizaintzako gai da konpontzen saiatzeko, eta behar diren bitartekoak ere baditu.**

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

<~~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

Zure kasua kontuan hartuta, miaketa hau da egokiena. Dokumentu hau sinatu aurretik, ez izan zalantzarik, eta galdetu nahi duzun edozer.

- En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

Esta exploración está indicada preferentemente en su caso. Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.



<--

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