

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

AZTERKETA ELEKTROFISIOLOGIKOA / ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
<<NOMBREMEDICO>> Data: <<FECHA>>

B. INFORMAZIOA:

Proba diagnostiko hau egiten da pazienteak bihotzeko gaixotasunen bat daukela jakin edo susmatzen bada, eta bihotzeko erritmoan aldaketak (arritmiak) dituenean.

Azterketa honen bitartez, arritmia-mota eta honen larritasuna, bihotzaren zein lekutan gertatzen den eta sortzen dituen arazoak ezagutu daitezke. Horretaz gain, jarri behar den tratamendua hobeto zehazteko balio du.

Pazientea baraurik, kontziente nahiz sedatua eta etzanda dagoen bitartean egiten da. Anestesia lokala jartzen zaio larruazalean, zitzada emango zaion lekuan, (izterondoan, besoan edo lepoan), miaketa mingarria gerta ez dadin. Alderdi horietako bena edo arterietan barrena, zenbait kateter sartu (kable oso meheak, luzeak eta malguak), eta bihotzeraino bideratzen dira, X izpi-bidezko kontrol pean. Kateterrek bihotzaren jarduera elektrikoa bere barnetik etengabe erregistratzeko balio dute, baina baita taupada-markagailu lanetarako, behar izanez gero. Batzuetan, proba egin bitartean, botikaren bat behar izaten da, arritmiaren diagnostikoa zehaztu ahal izateko. Azterketaren iraupena aldatu egiten da, eta, egin ondoren, zenbait ordu eman behar ziateen dira ohean.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Azterketa egin bitartean, normala izaten da askotan palpitazioak sentitzea, kateterrek eragindakoak edo emandako medikazioaren ondorioz. Batzuetan, ezinbestekoa izan liteke talka elektriko bat eman behar izatea, bat-bateko arazoren bat konpontzeko. Gehienetan, ziztatutako lekuan sentitzen den molestia txiki bat besterik ez da izaten, edo, bestela, ia beti berez desegiten den hematoma bat.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
<<NOMBREMEDICO>> Fecha: <<FECHA>>

B. INFORMACIÓN:

Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón, o con sospecha de ellas, que tienen alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias).

Permite conocer el tipo y gravedad de las arritmias, el lugar del corazón donde se originan y los trastornos que producen. Sirve además para enfocar mejor el tratamiento que debe aplicarse.

Se realiza estando el paciente en ayunas, consciente aunque sedado, y tumbado. Se le aplica anestesia local en la zona de la piel donde se efectuará la punción (ingle, brazo o cuello), para que la exploración no resulte dolorosa. A través de las venas o arterias de dichas zonas se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por rayos X. Los catéteres sirven para registrar permanentemente la actividad eléctrica del corazón desde su interior, pero también sirven si es necesario como marcapasos. A veces, es necesario administrar algún fármaco durante la prueba para precisar el diagnóstico de la arritmia. La duración del estudio es variable, debiendo permanecer después en cama varias horas.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Es habitual que note palpitaciones en muchos momentos del estudio, ya que son provocadas por los catéteres o por efecto de la medicación administrada. En ocasiones, puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para resolver un problema súbito. La mayoría de las veces solo habrá una leve molestia en la zona de punción, o la aparición de un hematoma que habitualmente se reabsorbe espontáneamente.

Ohiz kanpokoak izaten dira prozedura honi dagozkion bestelako konplikazioak (flebitisa, benako edo arteriako tronbosisa, transfusioa eskatzen duen odoljarioa, bihotzeko zulatzea, embolia). Aipatutako batzuk larriak dira, eta urgentiako erantzuna behar dute. Hiltzeko arriskua ohiz kanpoko da (bat 3.000ko).

Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o arterial, hemorragia que precise transfusión, perforación cardíaca, embolia, si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente; es excepcional el riesgo de muerte (1 por 3.000).

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

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.

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.- ARRISKU PERTSONALAK:

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

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:

Azterketa elektrofisiologiko batek zure bihotz-eritmoari buruz ematen duen informazioa, ezin da beste modu batez lortu.

Zuk duzun arazoa aztertzeko proba egokia da, aukera kontserbatzaileak arriskutsuak diren neurtzeko ezinbesteko informazioa ematen du eta. Horrez gain, ablazio-teknikak erabiliz, aukera ematen digu ere zure arritmiak eragiten dituen arazoa kentzeko.

F. ALTERNATIVAS:

El acceso a la información sobre el ritmo de su corazón que proporciona un estudio electrofisiológico, no tiene alternativa.

Ésta prueba está indicada preferentemente para estudiar el problema que usted presenta y permite acceder a información imprescindible para establecer el riesgo de opciones conservadoras. También nos permite, utilizando técnicas de ablación, eliminar el origen de sus arritmias.

Historia klinikoaren fitxategiaren ardura Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzak dauka (Araba k., 45-01006 Vitoria-Gasteiz). Datuak eskuratu, zuzendu, ezeztatu eta aurkatzeko eskubidea erabiltzeko, organo horretara jo beharko duzu.

Titular moduan ematen dizkiguzun datuak sistema sanitarioko beste erakunde batzuei eta estatistikako erakunde ofizialei bakarrik lagako zaizkie. Aipatutako horiez kanpoko beste edozein lagapenatarako, zure berariazko baimena beharko da, urgentzia baterako ez bada edo azterketa epidemiologikoak egiteko ez bada (Estatuko eta autonomietako legedian ezarritako baldintzetan).

El responsable del fichero de historia clínica es la Dirección de Asistencia Sanitaria (c/ Álava, 45 01006 Vitoria-Gasteiz), órgano al que Vds. deberán dirigirse para ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

Los datos que como titular Vd. facilite únicamente serán cedidos a otros organismos del sistema sanitario y organismos oficiales de estadística. Cualquier cesión fuera de las previstas requerirá su expreso consentimiento, salvo que se trate de solucionar una urgencia o para realizar estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal y autonómica.

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****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

