

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

ETENGABEKO ESTIMULAZIO KARDIAKORAKO SISTEMA ALDATZEA / RECAMBIO DE SISTEMAS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA PERMANENTE

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. INFORMAZIOA:

Jarrita daukazun estimulazio-unitatea berri batekin ordezkatu behar dizugu. Jarri genizunetik, azterketak egin dizkizugu, eta, azkenean, interbentzioa egitea proposatu dizugu, oraingo sistema aldatzeko. Hau da aldaketarako oraingo indikazioa: <~>

Anestesia lokala eman ondoren, ebakigune txiki bat egingo dizugu larruzalean, eta bihotza estimulatzeko unitate berria jarriko dizugu larruzalaren azpian, lehendik jarrita daukazun kableei lotuta.

Operazio-gelan, kableak behar bezala dabiltzan aztertuko da. Ongi ez badabiltza, berriak jarriko dizkizugu. Hala gertatuz gero, hasierako ebakuntzaren antzeko prozedura izango da; dena den, ikusi egin beharko da zer kable den aldatu beharrekoa. Horregatik, aurreko aldian sinatutako baimen informatuaren antzeko dokumentua eman dizugu, sina dezazun.

Horrelako ebakuntzetan, normalean, nahikoa izaten da estimulaziorako unitatea aldatzea. Hori dela-eta, prozedura teknikoa lehenengo ebakuntzakoa baino askoz ere errazagoa da (aurrekoan ezarritako kableak erabiltzen baitira).

Aldian behingo azterketak egin behar dira kanpoko kontsultan edo zure etxetik.

Bihotza estimulatzeko ezar daitezkeen sistema guztiek urruneko kontrolerako aukera dute gaur egun, etxetik bertatik aztertu ahal izateko.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

La unidad de estimulación que se le implantó necesita ser sustituida por una nueva. Desde entonces ha estado realizando revisiones y finalmente se le ha propuesto intervenir para cambiar el sistema actual. La indicación actual de recambio es <~>

Con anestesia local se realizará una pequeña incisión en la piel para extraer su unidad de estimulación y colocar una nueva unida a los cables que usted lleva ya implantados.

En el quirófano se confirmará el correcto funcionamiento de los cables. Si no lo fuera, se sustituirían por unos nuevos; en ese caso el procedimiento se convertiría en una operación similar a la inicial, con las mismas características que se recogieron en el consentimiento utilizado en aquella ocasión. Si no lo recuerda, se le puede proporcionar un nuevo ejemplar.

Lo más frecuente de una operación de recambio es precisar solamente una sustitución de la unidad de estimulación con lo que técnicamente, es un procedimiento mucho más simple que la primera operación (se utilizan los cables ya colocados).

Es preciso realizar controles periódicos en la consulta externa o desde su domicilio.

Todos los sistemas implantables para estimular el corazón cuentan en la actualidad con la posibilidad de control a distancia, permitiendo la revisión desde el domicilio.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Bada infektatzeko arriskua, baina oso-oso gutxitan gertatzen da (%1.5) beharrezko neurri guztiak hartzen baitira. Infekziorik gertatuz gero, larria izan daiteke, infekzioa bihotzera igaro daitekeelako, eta, beraz, kableak ezin izaten direlako trakzioz atera, zenbait urte baitaramate ezarrita.

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

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:

Estimulaziorako unitatea aldatzea da irtenbide bakarra.

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).

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Existe un riesgo de infección poco frecuente (1.5%) ya que se toman las precauciones necesarias. En caso de producirse sus consecuencias pueden ser muy importantes por transmitir la infección al corazón y no poderse extraer los cables por tracción ya que llevan varios años implantados.

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

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 alternativa al recambio de unidad de estimulación.

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

