

## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO KULUNKATZE-TESTA / TEST DE BASCULACIÓN

### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

### B. INFORMAZIOA:

Tilt testaren azterketa edo ohatila kulunkariarena kontzientzia galera duten pazienteak aztertzeko proba bat da. Proba erraza da eta eragiten duen kausa diagnostikatzeko baliagarria. Miaketa elektrokardiograma batekin hasten da eta lepoan masaje bat emanaz. Ondoren, ohatila 60 graduan okertuta ipini eta honela 20 minutuz egon behar da. Zorabioa berriz gertatzen ez bada spray bat jarriko dizute mihiaren azpian eta 15 minutuz, asko jota, itxaron beharko duzu. Probaren helburua da zorabioa berriz gertatzea, elektrokardiogramari begiratu eta une horretako tentsioa jakiteko.

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Batzuetan bihotz-taupadarik gabe gera zaitezke zenbait minutuz, gure esperientzian ez du bestelako ondoriorik izan.
- Gutxitan gertatzen dira konbultsioaldiak, bihotz-masajea behar duten egoerak.

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.

### A. IDENTIFICACIÓN:

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

### B. INFORMACIÓN:

La exploración de Tilt Test o camilla basculante es una prueba para el estudio de pacientes con pérdidas de conciencia. Es una prueba sencilla y útil para evaluar la causa que las provoca. La exploración comienza realizando un electrocardiograma y dando un masaje en el cuello. Posteriormente, se coloca la camilla con el paciente inclinado a 60 grados, y así permanece durante 20 minutos. Si no se ha reproducido el mareo, se administrará un spray debajo de la lengua y se esperará 15 minutos, máximo. El objetivo de la prueba es reproducir el mareo observando el electrocardiograma y la tensión arterial en ese momento.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Algunas veces puede quedarse durante algunos segundos sin latido cardíaco, que en nuestra experiencia no ha producido consecuencias posteriores.
- Son excepcionales episodios de convulsiones, así como situaciones que precisen masaje cardíaco.

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.- 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.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

Tilt Testa ezinbestekoa ez den miaketa diagnostikoa da. Ordezko aukera ez egitea da, eta sinkope mota ezaugarri klinikoaren arabera diagnostikatzea.

**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:**

El Tilt Test es una exploración diagnóstica no imprescindible. Su alternativa es no realizarla, diagnosticando el tipo de síncope según sus características clínicas.

*Historia klinikoaren fitxategiaren arduraren 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.

**Pazienteak / El Paciente/s****Pazientearen izen-abizenak eta NAN**

Nombre, apellidos y DNI del paciente

&lt;&lt;NOMBREPACIENTE&gt;&gt; &lt;&lt;APELLIDO1PACIENTE&gt;&gt; &lt;&lt;APELLIDO2PACIENTE&gt;&gt; &lt;&lt;DNIPACIENTE&gt;&gt;

**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

&lt;&lt;NOMBREMEDICO&gt;&gt; / &lt;&lt;NUMEROCOLEGIADOMEDICO&gt;&gt;

**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

