

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

BIHOTZECO KATETERISMOA / CATETERISMO CARDIACO

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. INFORMAZIOA:

Bihotzeko kateterismoa zure bihotzak nola funtzionatzen duen eta izan ditzakeen lesioak ikusteko (bertan eta bihotzeko arterietan) aukera ematen duen proba bat da.

Oro har, probak aurretiko 6 orduetan baraurik egotea eskatzen du. Medikazioa emango dizute lasaiago eta erlaxatuago egon zaitezten. Proba anestesia lokalarekin egiten da. Anestesia puntzioa egingo den eremuan ematen da. Puntzio hori bide erradialetik edo femoraletik egingo dizute, medikuaren irizpidearen arabera.

Kateterismoa hodi fin eta malgu bat arteria batean sartzean eta bihotzeraino eramatean datza. Hori egin ondoren, substantzia bat injektatzen da, eta horrek, X izpien bidez, zure bihotzaren funtzionamendua eta zure bihotzeko arterien egoera ikusten lagunduko digu.

Proba amaitzen denean, kateterrak kendu eta ziztatutako gunea konprimituko dugu behar den denboran. Hurrengo 2-3 egunetan ez zara lanean hasiko, eta gorputz-adar horrekin esfortzuak egitea saihestu beharko duzu.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Erreakzio alergikoak injektatutako anestesia lokal edo kontrastearen ondorioz. Horregatik, medikamentuekiko alergiairik izanez gero, esan ezazu proba egin aurretik.
- Odoljariora edo hematoma ziztada-zonaldean. Maiz gertatzen dira hematoma txikiak, baina oso gutxitan izaten dira larriak, orduan, beharrezkoa izaten da odol-transfusioa.
- Arteria edo benaren tronbosia, ziztatutako gorputzadarraren odol-zirkulazioa oztopatzen duen arteriaren lesioa. Konplikazio horiek ez dira maiz gertatzen.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

El cateterismo cardíaco es una prueba que nos permite conocer cómo funciona su corazón, y ver las posibles lesiones que existan en él y en las arterias coronarias.

Habitualmente, la prueba requiere estar en ayunas unas 6 horas previas. Se le administrará medicación para que esté más tranquilo y relajado. La prueba se realiza con anestesia local en la zona donde se va a realizar la punción. Dicha punción se realizará por vía radial o femoral a criterio médico.

El cateterismo consiste en introducir un tubo fino y flexible a través de una arteria y llevarlo hasta el corazón. Una vez allí, se inyecta una sustancia que nos permite ver mediante rayos X cómo funciona su corazón y como se encuentran sus arterias coronarias.

Al finalizar la prueba se retirarán los catéteres y se comprimirá la zona de la punción durante el tiempo necesario. No se incorporará a su trabajo en los 2-3 días siguientes, y deberá evitar realizar esfuerzos con ese miembro.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Reacciones alérgicas a la anestesia local o al contraste que se le inyecta. Por este motivo, es fundamental que si se conoce alérgico a algún medicamento, lo comunique antes de realizar la prueba.
- Hemorragia o hematoma en la zona de punción. Pequeños hematomas son frecuentes pero es infrecuente que sean graves y precisen transfusión de sangre.
- Trombosis de la arteria o la vena, lesión de la arteria que dificulte el riego de la extremidad puncionada. Estas complicaciones son infrecuentes.

- Bihotzeko arazoak: arritmiak, bularreko angina, infartua, garuneko tronbosia, etab...
- Proba egiten den bitartean sor daitezkeen konplikazioei aurre egiteko baliabideak ditu ospitaleak, beraz, heriotza-arriskua oso txikia da (mila pazientetatik batean edo bitan gerta liteke).

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:

Artatzen zaituen taldeak ez du uste, zure kasuan, zure gaixotasuna diagnostikatzeko eta haren tratamendurako ordezkotako aukera hoberik dagoenik.

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 lagapenentarako, zure berriazko baimena beharko da, urgentzia baterako ez bada edo azterketa epidemiologikoak egiteko ez bada (Estatuko eta autonomietako legedian ezarritako baldintzetan).

- Problemas cardiacos como arritmias, angina de pecho, infarto, trombosis cerebral, etc...
- El hospital dispone de medios para tratar las posibles complicaciones que surjan durante la prueba por lo que le riesgo de muerte es excepcional, (1-2 por mil pacientes).

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:

El equipo que le atiende no considera que existan, en su caso particular, mejores alternativas para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad.

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

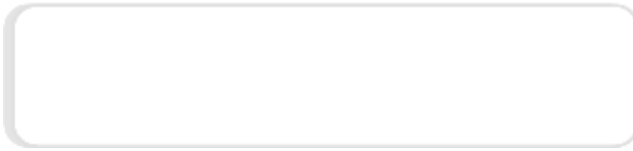
Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

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

