

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTRESEKO EKOKARDIOGRAMA DOBUTAMINA-ATROPINAREKIN / ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS CON DOBUTAMINA-ATROPINA

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Zure medikuak estreseko ekokardiograma bat dobutamina-atropinarekin egiteko eskatu du. Proba honen bidez ultrasoinuak erabiliz bihotza ikusten da, medikazio baten eraginez taupadak azkarrago eta gogorrago egiten dituen bitartean. Ohatila batean egongo zara etzanda, besoan sueroa (tantaz tantakoa), elektrokardiograma ikusteko eranskailuak eta presio arteriala hartzeko besoko bat ipiniko dizkizute. Ekografia batzuk egingo dizkizugu farmakoa (dobutamina eta atropina) hartzen duzun bitartean, tantaz tantakoaren bidez. Probaren iraupena 45 minutukoa izango da gutxi gorabehera.

B. INFORMACIÓN:

Su médico le ha solicitado un ecocardiograma de estrés con dobutamina-atropina. Esta prueba consiste en visualizar el corazón con ultrasonidos mientras se administra una medicación que hace que el corazón lata con más rapidez e intensidad. Para ello, estará tumbado en una camilla, se le habrá colocado un suero ("gotero") en el brazo, pegatinas para ver el electrocardiograma y un manguito para la toma de la presión arterial. Se le realizarán varias ecografías mientras se le administra el fármaco (dobutamina y atropina) a través del "gotero". La duración aproximada del estudio será de 45 minutos.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Nabari ditzakezu: aurpegiko inurridura, beroa, zorabioa, nekea edo palpitazioak segundo batzuetan. Min torazikoa ere azal daiteke. Konplikazio larriagoak azal daitezkeen arren (arritmiak, shocka, infartua) oso-oso arraroak dira (Espainiako Erregistroan heriotza bakarra jasota dago estreseko ekokardiogramako 20.000 proben artean). Gainera gizabaliabide eta baliabide teknikoak baditugu konplikazioei momentuan bertan aurre egiteko.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Puede notar sensación de hormigueo facial, calor, mareo, fatiga o palpitaciones durante algunos segundos. También puede aparecer dolor torácico. Aunque también pueden aparecer otras complicaciones más graves (arritmias, shock, infarto), éstas son excepcionales (el registro español ha recogido 1 muerte en más de 20.000 estudios de eco de estrés) y disponemos de los medios humanos y técnicos necesarios para solucionarlas de forma inmediata.

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.

E.- ARRISKU PERTSONALAK:

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

F. ORDEZKO AUKERAK:

Ekokardiograma farmakologikoa egin daiteke regadenoson+ atropinarekin, esfortzu-ekokardiografia, medikuntza nuklearreko azterketak, estres farmakologikoaren azterketak bihotzeko erresonantziarekin edo OTA koronario bat.

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:

Se puede realizar ecocardiograma farmacológico con Regadenosos+ atropina, ecocardiografía de esfuerzo, estudios de medicina nuclear, estudios de estrés farmacológico con resonancia cardíaca o un TAC coronario.

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 berriazko 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

