

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

KONTRASTEKO EKOKARDIOGRAFIA / ECOCARDIOGRAFÍA DE CONTRASTE

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Medikuak **kontrasteko ekokardiograma** egiteko eskatu dizu. Proba hau bihotza ikusteko da, kontrastea injektatzen dizuten bitartean eta ultrasoinuak erabiliz. Horretarako, ohatilan etzanda zaudela, erizainak bena-bide bat ipiniko dizu, kontrastea sartu ahal izateko. Horrela, ekografia egingo dizute, bai injektatu aurretik eta baita injektatu bitartean ere.

Azterketak 30 bat minutu iraungo du, eta, bukatu ondoren, bena-bidea kendu eta sendaketa txiki bat egingo dizute.

B. INFORMACIÓN:

Su médico le ha solicitado un **ecocardiograma de contraste**. Esta prueba consiste en visualizar el corazón con ultrasonidos, mientras se le inyecta un contraste ecográfico. Para ello, estará tumbado en una camilla donde una enfermera le pondrá una vía venosa, que permite inyectar el contraste. Se le practicará una ecografía antes y durante las inyecciones de contraste.

La duración aproximada del estudio será de 30 minutos. Una vez finalizada la prueba, se le retirará la vía venosa y colocará una mínima cura.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Proba egin bitartean, beharbada, molestiak izango dituzu: zainean egindako ziztadaren ondorio dira, zeren, kontrastea sartzean, seguru asko, konturatu ere ez zara egingo.

Ohiz kanpo, erreakzio alergiko bat izan dezakezu kontraste jakin baten aurrean (Sonovue®); haren larritasuna desberdina izan daiteke (gurean 3 aldiz izan da, ondoz ondoko lau urtetan eta 1.100 azterketa baino gehiagoren artean), baina halakorik balitz, baliabide teknikoak eta giza baliabideak ditugu konplikazioa behar bezala tratatzeko.

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

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Durante la prueba puede tener las molestias normales atribuibles a una punción venosa, ya que la inyección de contraste probablemente no suele notarse.

Excepcionalmente, puede presentar una reacción alérgica a un tipo determinado de contraste (Sonovue®), cuya severidad puede variar (en nuestro medio ha ocurrido en 3 ocasiones, en cuatro años consecutivos y mas de 1100 estudios), pero que en caso de que así fuera, disponemos de los medios técnicos y humanos para tratar adecuadamente la complicación.

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. Medikatuak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Ordezko aukera gisa honakoak egin daitezke: bihotzeko erresonantzia magnetiko bat, kardiologia nuklearreko azterketa-motaren bat, baita bihotzeko angio OTA bat ere.

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 legegian ezarritako baldintzetan).

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.

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 como alternativas una resonancia magnética cardíaca, algún tipo de estudios de cardiología nuclear y también, un angio TAC cardíaco.

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.

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

<<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

Ordezkaria: 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

