

## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ESFORTZUKO EKOKARDIOGRAFIA / ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO

#### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

#### B. INFORMAZIOA:

Medikuak esfortzuko ekokardiograma egiteko eskatu dizu. Proba hau bihotza ikusteko da: esfortzua egin aurretik, egin bitartean eta egin ondoren. Horretarako, ohatilan etzanda zaudela, ekografia egingo dizute; ondoren, ariketa bat egin beharko duzu (zintaren gainean ibili edo etzandako bizikleta baten pedalei eragin), eta berriz ere egingo dizkizute ekografiak, bai esfortzua egin bitartean, eta bai eta egin eta berehala.

Ohiz kanpo, proba egin aurretik, zain-bide bat hartuko zaizu, proba kontrastearekin egin beharko balitz ere edo medikazioren bat (atropina) injektatu beharko balitz ere.

Azterketak 30 bat minutu iraungo du.

#### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Proba egin bitartean, beharbada, bularreko mina, arnasestua edo ondoeza izango duzu, eta proba bukatu eta suspertu ahalean kenduko zaizkizu.

Konplikazio larriagoak ere gerta daitezke (angina ez-egonkorra, infartua, shocka), baina ohiz kanpokoak dira, eta, gertatuz gero, behar bezalako giza baliabideak eta baliabide teknikoak dauzkagu konplikazio horiei aurre egiteko.

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

#### 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 handiago izan daiteke haien eraginez.

#### A. IDENTIFICACIÓN:

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

#### B. INFORMACIÓN:

Su médico le ha solicitado un ecocardiograma de esfuerzo. Esta prueba consiste en visualizar el corazón antes, durante y después de un esfuerzo. Para ello, estará tumbado en una camilla donde se le practicará una ecografía, para después hacer un ejercicio (andar sobre una cinta o pedalear en una bicicleta tumbada) y realizar de nuevo ecografías durante e inmediatamente de finalizar el esfuerzo. Excepcionalmente antes de la prueba se le cogerá una vía venosa por si hubiera que realizar la prueba con contraste o inyectar medicación (atropina). La duración aproximada del estudio será de 30 minutos.

#### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Durante la prueba puede aparecer dolor torácico, fatiga o malestar que desaparecen en la fase de recuperación.

Aunque también pueden aparecer otras complicaciones más graves (angina inestable, infarto, shock), estas son excepcionales y disponemos de los medios humanos y técnicos para solucionarlas.

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:**

Honako hauek egin daitezke: ekokardiograma farmakologikoa regadenoson+ atropinarekin, estres-ekokardiografia dobutaminarekin, medikuntza nuklearreko azterketak, estres farmakologikoaren azterketak bihotzeko erresonantziarekin edo OTA koronario bat.

**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 Regadenoson + atropina, ecocardiografía de estrés con dobutamina, 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

&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

