

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTIMULAZIO KARDIAKOAREN ETXEKO KONTROLA EGITEA / CONTROL DOMICILIARIO DE ESTIMULACIÓN CARDIACA

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. INFORMAZIOA:

Inplantatuta duzun pauso-markagailua/desfibriladorea gai da telefono bidez informazioa bidaltzeko, kanpo-konsultetako azterketetan jasotzen den parekoa. Horretarako, berriazko igorgailu bat izango duzu etxean. Segurtasun-neurri gisa, zure aparatuaren funtzionamendu-parametroak ezin dira telefono bidez aldatu.

Zure bihotzeko gaixotasunaren ebaluazio osoa egiteko, ezinbestekoa da kardiologoaren kontsultara joatea.

Paziente jakin batzuen kasuan, etxetik azterketa egin ahal izateak aukera ematen du murrizteko mediku espezialistarengana azterketa egitera joan beharra.

Programatutako ospitaleko azterketa-data bakoitzaren artean, etxeko azterketak zer datatan egin behar diren esango zaizu.

Etxeko jarraipena ezin da inolaz ere arreta urgenteko sistematzat hartu. Arreta urgentea behar izanez gero, zure medikuek aholkatutako modua erabili beharko da (ospitaletako urgentzia-zerbitzuetara joatea, normalean).

Baimen honek eragina izateko, erantsitako dokumentuan jasotako berriazko baimena adierazi behar da hala tratamendurako nola gailua fabrikatu duen enpresak datuak bidali ahal izateko, behar bezala babestuta beti ere.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

El marcapasos/desfibrilador que usted lleva implantado es capaz de enviar vía telefónica una información similar a la que se recoge en una revisión en consulta externa. Para ello, usted dispondrá de un emisor específico en su domicilio. Como medida de seguridad no es posible, mediante el seguimiento telefónico, modificar ningún parámetro de funcionamiento de su aparato.

Para realizar una evaluación completa de su enfermedad cardiaca, es preciso desplazarse a la consulta del Cardiólogo.

En determinados pacientes, el disponer de la posibilidad de revisión desde el domicilio, permite disminuir de forma significativa, el número de revisiones convencionales con el especialista.

Habitualmente, se le proporcionará un calendario de revisiones domiciliarias entre cada fecha de revisión hospitalaria programada.

El seguimiento domiciliario nunca puede ser considerado como un sistema de atención urgente.

En caso de precisarla, se utilizará el circuito aconsejado por sus médicos (habitualmente acudir a Urgencias Hospitalarias).

Para que este consentimiento sea operativo debe complementarse con la autorización expresa al tratamiento y transmisión de datos por parte de la empresa fabricante de su dispositivo, debidamente protegidos, recogido en el documento adjunto.

Aipatutako dokumentazioan datuon konfidentzialtasuna bermatzen da ondoko lege-markoaren arabera: 41/2002 Legea, azaroaren 14koa, informazio eta dokumentazio klinikoaren arloan pazientearen autonomia eta eskubideak eta betebeharrak arautzen dituen oinarritzko legea; Abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoa, Izaera Pertsonaleko Datuak Babesteari buruzkoa; eta azkenik, Europar Batasunaren 2016/679 Araudia.

En dicha documentación se asegura su confidencialidad de acuerdo a la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. y al Reglamento de la Unión europea 2016/679.

C.- ORDEZKO AUKERAK:

Sistema horren kontrako aukera bakarra bere erabilerari uko egitea da, horren bidez, berpizte kardiakorako gailuak arazorik gabe funtzionatuko du eta jarraipenaren ondoriozko segurtasun, erosotasun eta pronostikoaren hobekuntza-etekinak galduko ditu.

Nire medikuak edozein unetan erabaki dezake etxeko jarraipenerako zerbitzua amaitzea. Kasu horretan, nire igorgailua berehala itzultzeko konpromisoa hartzen dut.

C. ALTERNATIVAS:

La única alternativa a este sistema es rechazar su uso, con ello su dispositivo de estimulación cardíaca seguirá funcionando sin problemas, perdiendo los beneficios de seguridad comodidad y mejora de pronóstico derivados del seguimiento remoto.

Mi médico puede decidir en cualquier momento la finalización del servicio de revisión remota, en cuyo caso me comprometo a devolver inmediatamente el emisor.

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

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 ordezkarriaren 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

