

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESFORTZU-PROBA / PRUEBA DE ESFUERZO

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Zure medikuak esfortzu proba bat eskatu dizu. Proba horretan zinta-errodatu baten gainean ibili beharko duzu, zeinetan abiadura eta malda handituaz joango den. Probak iraun bitartean, elektrokardiograma bidez monitorizatuko zaituzte eta tentsio-arteriala ere neurtuko dizute; horretarako beti langile adituak egongo dira aurrez-aurre. Azterketaren iraupena batez beste 30 minututakoa izango da.

B. INFORMACIÓN:

Su médico le ha solicitado una prueba de esfuerzo. Consiste en caminar sobre un tapiz rodante en que irá aumentando la velocidad y la pendiente. Durante la prueba se encontrará monitorizado mediante electrocardiograma y medición de la tensión arterial, para lo cual personal cualificado estará permanentemente presente. La duración aproximada del estudio será de 30 minutos.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Probak irauten duen bitartean toraxeko mina, neke edo ondoeza ager daiteke errekuperazio-aldian desagertuko dena. Beste hainbat zailtasun ager badaitezke ere, hauek salbuespenekoak dira eta konpondu ahal izateko beharrezko diren giza baliabide eta bitarteko teknikoak ditugu.

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.

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

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

D. ESAN IEZAGUZU:

Ezinbestekoa da guri jakinaraztea botikaren bati alergiarik diozun ala ez, koagulazio alterazioak dituzun edo ez, bihotz-biriketako gaixotasunaren bat baduzun, hala nola, protesirik, taupada-markagailurik baduzun edo egungo medikazioaren edo beste edozein egoeraren inguruko informazio eskaini ahal diguzun, izan ere konplikazio edo arrisku larrien maiztasuna handiagotu egin baitezakete.

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 eta gaixotasun zehatz batzuek (diabetesa, hipertentsio arteriala, anemiak...) konplikazio edo arriskuen larritasuna eta maiztasuna areagotu dezakete. Heriotza arriskua salbuespenekoa izan daiteke, 10.000 aukeren artean, bakarra baino ez.

Zure medikuak jakinaraziko dizu zure egoerari zein arrisku zehatz dagozkion.

E. RIESGOS PERSONALIZADOS:

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. El riesgo de muerte es excepcional, no superando 1 posibilidad entre 10.000.

Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Esfortzu-ekokardiogramak, medikuntza nuklearreko ikerketak egin daitezke; baita estres farmakologikoari buruzko ikerketak erresonantzia Kardiologikoekin edo eta bihotzeko TAC bat ere egin daiteke.

F. ALTERNATIVAS:

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

Historia klinikoaren fitxategiaren ardua 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 berariazko 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

