



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?** Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo del corazón (arritmias). Permite devolver al corazón un ritmo regular normal, suprimiendo la arritmia que tenía y sus consecuencias perjudiciales. Generalmente se efectúa con carácter electivo, lo que significa que es el tratamiento de elección para su arritmia.

2. **¿Cómo se realiza?** Se realiza estando la persona en ayunas y tumbada. Se colocan unos parches adhesivos en el tórax (alternativamente se colocan una especie de palas o pequeñas planchas recubiertas con un gel) y a través de ellos se hace pasar una corriente eléctrica de elevada potencia pero muy breve duración con la intención de revertir la arritmia. Dado que la corriente que se administra puede producir contracción de los músculos y es dolorosa, se realiza bajo los efectos de una sedación profunda, pero muy breve, con el objeto de que no sea doloroso. Durante todo el procedimiento se vigila constantemente el electrocardiograma y el contenido de oxígeno de la sangre. Tras el procedimiento, una vez recuperada de la sedación, habitualmente la persona permanece durante unos 30-60 minutos en una sala de espera antes de poder irse a su domicilio.

3. **¿Qué riesgos tiene?**
 - Puede existir irritación o una quemadura muy leve (parecida a la que se produce por exposición al sol) en la zona de la piel donde se aplicó la descarga eléctrica. La administración de hipnóticos, sedantes y relajantes musculares no suele plantear problemas durante el despertar, ya que se utiliza la cardioversión de determinadas arritmias, como el flutter o la fibrilación auricular que lleven más de 48 horas de evolución suele requerirse que el paciente esté debidamente anticoagulado (con Sintrom u otros anticoagulantes). Por ello, el personal le requerirá los controles en caso necesario.

 - Es muy raro que ocurra una embolia debido al hecho de estar recibiendo medicación anticoagulante. Ocasionalmente podrían presentarse otras alteraciones graves del ritmo del corazón que requieran un choque inmediato, siendo excepcional la necesidad urgente de implantar un marcapasos.

4. **Consecuencias previsibles de su realización**

Permite devolver al corazón un ritmo regular normal, suprimiendo la arritmia que tenía y sus consecuencias perjudiciales.

5. **Consecuencias previsibles de la no realización**

No se podrá devolver corazón su ritmo normal.

6. **Alternativas**

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso. Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

7. **Riesgos en función de su situación**

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**CARDIOLOGIA
CARDIOVERSIÓ ELÈCTRICA /
CARDIOLOGÍA
CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA**

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRONICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	--	-----------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NUM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	---	---

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante* _____, _____ d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:* _____ Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

_____ , _____ d _____ de _____
Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:* _____ Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

_____ , _____ d _____ de _____
Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:* _____ Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent el Reglament (UE) del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques quant al tractament de dades personals i la lliure circulació d'aquestes dades. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo al Reglamento (UE) del Parlamento Europeo y del Consell, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos.*