



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?** Se trata de extraer de forma completa el dispositivo Holter subcutáneo que le fue implantado en su día, ya sea porque se ha agotado su batería o porque su cardiólogo ha considerado que es conveniente en su caso.
2. **¿Cómo se realiza?** Se realiza estando el paciente en ayunas, con sedación ligera y tumbado. Se le aplica anestesia local en la zona del Holter subcutáneo y se realiza una pequeña incisión en la piel (1-2 cm) a través de la cual se extraerá el dispositivo. La duración del procedimiento suele ser inferior a los 30 min, pudiendo el paciente marcharse a su casa pocas horas después.
3. **¿Qué riesgos tiene?** Es un procedimiento seguro y la frecuencia de complicaciones es baja
 - Los riesgos son escasos y muy leves como molestias en la zona de explante, ligera edematización local o aparición de hematoma que en la mayoría de los casos se resolverá de forma conservadora. Menos frecuente es que se produzca una infección local en la piel.
 - No se han descrito complicaciones graves que comprometan la vida, derivadas de las características particulares de este tipo de intervención. La administración de anestésicos locales está sujeta a los riesgos propios de este tipo de sustancias, tales como reacciones alérgicas.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Sirve para extraer de su cuerpo un material protésico que ya no se encuentra en funcionamiento.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

Permanecerá implantado un material protésico que ya no funciona.

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|.....



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**CARDIOLOGIA
EXTRACCIÓ DE HOLTER SUBCUTANI /
CARDIOLOGÍA
EXTRACCIÓN DE HOLTER SUBCUTÁNEO**

8. 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	TELEFON / TELEFONO	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 a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *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 a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*