



## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?** El DAI es una forma de tratamiento para pacientes como usted, que ha padecido o tiene alto riesgo de padecer arritmias peligrosas para su vida. También, si fuera necesario, el dispositivo puede funcionar estimulando su corazón como un marcapasos. Se trata de un dispositivo que se implanta debajo de la piel mediante una pequeña intervención quirúrgica y que estimula su corazón a través de 1 ó 2 cables-electrodo que se introducen a través de una vena. En caso de presentar arritmias peligrosas para su vida, el DAI es capaz de solucionarlas en la mayoría e las ocasiones. En muchos casos, inicialmente, sobreestimulará su corazón para tratar de quitarle la arritmia sin necesidad de dar choques. En caso de que esto falle o su arritmia sea muy rápida le aplicará uno o varios choques para cortársela. Estos choques suelen producir dolor intenso en el pecho, pero en todo caso tolerable.
2. **¿Cómo se realiza?** Se realiza habitualmente con anestesia local, estando el paciente acostado. El aparato se coloca bajo la piel por debajo de la clavícula y se une a uno o dos cables-electrodos (según el caso) muy finos y flexibles. Éstos se introducen por una vena y se les hace avanzar hasta el corazón con control radioscópico. Se comprueba a continuación el correcto funcionamiento del aparato, provocando y haciendo desaparecer si se requiere, ciertas arritmias malignas (taquicardia o fibrilación ventricular). Finalmente se cierra la herida de la piel con unos puntos de sutura. La duración del procedimiento es variable, pero normalmente suele oscilar entre una y una hora y media.
3. **¿Qué riesgos tiene?**
  - Es habitual que existan palpitaciones durante el procedimiento, ya que son provocadas por los catéteres. Tras la intervención, son relativamente frecuentes los pequeños hematomas sobre la zona del generador (especialmente si usted toma medicación antiagregante o anticoagulante), que habitualmente se resuelven de forma espontánea. La mayoría de las veces sólo habrá una leve molestia en la zona de implantación del generador. Previamente, se le ha informado de que, para normalizar el ritmo cardíaco, el desfibrilador puede producir descargas eléctricas internas. Algunas de ellas, dependiendo de su potencia, pueden producir dolor instantáneo en el pecho, a veces intenso, pero tolerable. Si esto le angustia, se le proporcionará medicación para calmar la ansiedad. Dado que su corazón se encuentra en continuo movimiento, existe el riesgo (aunque poco frecuente) de que alguno de los cables-electrodo puedan moverse de su sitio y necesitar una nueva recolocación durante el seguimiento.
  - Pocas veces ocurren complicaciones relevantes (neumotórax, hemorragia que precise transfusión). Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o intracardiaca, embolia pulmonar, sepsis, perforación cardíaca con taponamiento). Si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente, el riesgo de muerte es alrededor de 1 de cada 1500.
4. **Consecuencias previsibles de su realización**

El implante del DAI permitirá la detección y tratamiento de arritmias ventriculares potencialmente graves.
5. **Consecuencias previsibles de la no realización**

La no realización del implante del DAI puede tener graves consecuencias para su salud.
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**  
**IMPLANT DE DESFIBRIL·LADOR AUTOMÀTIC IMPLANTABLE (DAI) /**  
**CARDIOLOGÍA**  
**IMPLANTE DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)**

**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	TELÈFON / 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 / NÚM. 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.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Pacient o representant / *Paciente o representante* 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*