



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?** Es un método diagnóstico para pacientes que tienen pérdidas de conocimiento (síncopes) repetidas, y cuyo posible origen en el corazón no ha podido ser determinado o resulta poco probable aclarar por otros métodos.
2. **¿Cómo se realiza?** Consiste en implantar bajo la piel del torso un dispositivo (Holter subcutáneo, dimensiones aproximadas 6x2x1 cm), con anestesia local. Se abre la piel practicando una incisión de aproximadamente 2 cm y se introduce el dispositivo debajo de la misma. Finalmente, se cierra la herida de la piel con unos puntos de sutura. La duración del procedimiento es variable, pero, en general, no excede de los treinta minutos.

La finalidad del dispositivo es grabar aquello que sucede en el corazón en los momentos precedentes y cuando usted sufre la pérdida de conocimiento. La información de lo que ha sucedido en el corazón quedará grabada en el dispositivo y su médico podrá acceder a ella para realizar el diagnóstico. En ningún caso el dispositivo tiene la capacidad de evitar la pérdida de conocimiento ni las caídas que, como consecuencia del mismo, puedan suceder. Su finalidad es puramente diagnóstica.

3. **¿Qué riesgos tiene?** Es un procedimiento seguro y la frecuencia de complicaciones es baja.
 - La mayoría de las veces solo habrá una leve molestia en la zona de la herida quirúrgica, o la aparición de un hematoma, que se resolverá la mayoría de las veces de forma espontánea. Con el tiempo puede aparecer infección o lesión local de 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

El implante del Holter subcutáneo permite la monitorización de su ritmo cardiaco durante los episodios de pérdida de conciencia o durante la aparición de determinados tipos de arritmias.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

No se podrá monitorizar su ritmo cardiaco dificultando así el proceso diagnóstico.

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

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo, se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecen complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**CARDIOLOGIA
IMPLANT DE HOLTER SUBCUTANI
CARDIOLOGÍA
IMPLANTE 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	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

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 / CATEGORÍA 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.

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.