



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?** El marcapassos és una forma de tractament per a pacients com vosté, que ha patit o té alt risc de patir bradicàrdies, que són alentiments de la freqüència cardíaca. El dispositiu estimula el cor mantenint la freqüència del pols en límits normals. Es tracta d'un generador que s'implanta davall de la pell mitjançant una xicoteta intervenció quirúrgica i que estimula el seu cor a través d'un o dos cables-elèctrode que s'introdueixen a través d'una vena. Permet mantindre un ritme adequat de les pulsacions del cor adaptat a les necessitats específiques de cada pacient.

2. **Com es realitza?** Es realitza habitualment amb anestèsia local i amb la persona gitada. L'aparell es col·loca sota la pell per davall de la clavícula i s'uneix a un o dos cables-elèctrodes (segons el cas) molt fins i flexibles. Aquests s'introdueixen per una vena i se'ls fa avançar fins al cor amb control radioscòpic. Es comprova a continuació el funcionament correcte de l'aparell i finalment es tanca la ferida de la pell amb uns punts de sutura. La durada del procediment és variable, però normalment sol oscil·lar entre una hora i una hora i mitja. Després de la implantació, haurà de romandre en repòs diverses hores.
 3. **Quins riscos té?** Els riscos són, en general, escassos i lleus.
 - Els més freqüents solen ser lleus com els xicotets hematomes sobre la zona del generador (especialment si vosté pren medicació antiagregant o anticoagulant), que habitualment es resolen de forma espontània. La majoria de les vegades només hi haurà una lleu molèstia en la zona d'implantació del generador. Atés que el seu cor es troba en continu moviment, existeix el risc (encara que poc freqüent) que algun dels cables-elèctrode puguen moure's del seu lloc i necessitar una nova recol·locació durant el seguiment.
 - Poques vegades ocorren complicacions rellevants (pneumotòrax, hemorràgia que requerisca transfusió). Molt estranyes són altres complicacions relacionades amb el procediment (flebitis, trombosi venosa o intracardíaca, embòlia pulmonar, sèpsia, perforació cardíaca amb tamponament). Si bé algunes d'aquestes són greus i requereixen actuació urgent, el risc de mort és excepcional (inferior a 1 de cada 1500).

4. **Conseqüències previsibles de la seua realització**

L'implant del marcapassos permetrà resoldre el trastorn de la conducció elèctrica que pateix el seu cor.

5. **Conseqüències previsibles de la no-realització**

La no-realització de l'implant del marcapassos pot suposar un greu risc per a la seua salut.

6. **Alternatives**

Aquest tractament està indicat de manera preferent en el seu cas. Abans de signar aquest formulari, no dubte a demanar qualsevol aclariment addicional que desitge.

7. **Riscos en funció de la seua situació**

Altres riscos o complicacions que podrien aparéixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**CARDIOLOGIA
IMPLANT DE MARCAPASSOS (MP) TRANSVENÓS DEFINITIU /
CARDIOLOGÍA
IMPLANTE DE MARCAPASOS (MP) TRANSVENOSO DEFINITIVO**

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 ELECTRONIC / 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.*