



## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?** El MP es una forma de tratamiento para pacientes como usted, que ha padecido o tiene alto riesgo de padecer bradicardias, que son enlentecimientos de la frecuencia cardiaca. El dispositivo estimula el corazón manteniendo la frecuencia del pulso en límites normales. Se trata de un generador que se implanta debajo de la piel mediante una pequeña intervención quirúrgica y que estimula su corazón a través de uno o dos cables-electrodo que se introducen a través de una vena. Permite mantener un ritmo adecuado de las pulsaciones del corazón, adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.
2. **¿Cómo se realiza?** Se realiza habitualmente con anestesia local y con la persona tumbada. 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 y 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. Después de la implantación, deberá permanecer en reposo varias horas.
3. **¿Qué riesgos tiene?** Los riesgos son, en general, escasos y leves.
  - Los más frecuentes suelen ser leves como 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. 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 excepcional (inferior a 1 de cada 1500).

### **4. Consecuencias previsibles de su realización**

El implante del marcapasos permitirá resolver el trastorno de la conducción eléctrica que padece su corazón.

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

La no realización del implante del marcapasos puede suponer un grave riesgo 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 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	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	
<b>REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL</b>					
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	NÚM. 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 la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*