



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?** És l'extracció, mitjançant una agulla, del líquid acumulat en el sac pericardíac que és la membrana que envolta el cor. Es canalitza un accés venós per si es requereix el subministrament de líquids o de medicaments que puguen previndre el reflex vasovagal que provoca bradicàrdia (batec cardíac lent) i hipotensió (reducció de la pressió sanguínia).
2. **Com es realitza?** Es neteja i s'aplica anestèsia local en el lloc de la inserció, per davall de l'estèrnium. A continuació s'introdueix una agulla de pericardiocentesi, la qual es guia fins al sac pericardíac. Les derivacions de l'electrocardiograma es poden fixar a l'extrem de l'agulla amb la finalitat de situar-la adequadament. En general s'utilitza l'ecocardiograma per a ajudar a col·locar l'agulla i controlar el procediment del drenatge. Una vegada que l'agulla arriba al sac pericardíac, es travessa una guia de filferro i es retira l'agulla per a reemplaçar-la per un catèter. S'extrau el líquid a través del catèter i es col·loca en recipients. Generalment, es deixa el catèter en el seu lloc per al drenatge continu durant diverses hores.

En alguns casos difícils, pot ser necessari realitzar una pericardiocentesi quirúrgica, procediment per mitjà del qual es drena el líquid a través d'un mètode més invasiu que pot requerir anestèsia addicional. Pot haver-hi una sensació de pressió en introduir l'agulla i algunes persones poden sentir un dolor toràcic passatger que pot requerir l'ús d'analgèsics. En cas de realitzar aquest procediment, se sol·licita restringir el consum de líquids o d'aliments sòlids durant les sis hores prèvies.

Aquest procediment es realitza habitualment per a avaluar la causa d'un vessament pericardíac (líquid en el sac pericardíac) recurrent o crònic. També es pot emprar com a tractament per a alleujar el tamponament cardíac (compressió del cor a causa de l'acumulació de líquid en el sac pericardíac).

3. Quins riscos té?

- Al llarg de la prova es poden notar palpitations a causa del contacte de l'agulla amb la superfície del cor. Pot tindre molèsties en la zona de punció que s'alleujaran amb l'administració d'analgèsics.
- Menys freqüents són altres complicacions que podrien arribar a ser greus, com ara la punció d'una artèria coronària, l'entrada d'aire en el pericardi (pneumopericardi), la infecció del pericardi i l'infart de miocardi. Algunes d'aquestes poden necessitar una intervenció quirúrgica urgent. És excepcional el risc de mort, inferior a l'1%.

4. Conseqüències previsibles de la seua realització

La realització de la prova ajudarà en el procés diagnòstic del vessament pericardíac o en la resolució d'un tamponament cardíac.

5. Conseqüències previsibles de la no-realització

No es podrà obtindre la informació diagnòstica prevista ni resoldre un tamponament cardíac.

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 aparèixer, atesa la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**CARDIOLOGIA
PERICARDIOCENTESI /
CARDIOLOGÍA
PERICARDIOCENTESIS**

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 / TELÉFONO	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.

_____, 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.