

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?** Se trata de cambiar el generador (batería) de su marcapasos o DAI, dado que se le ha agotado la batería o existe indicación de cambiarlo en estos momentos por otros motivos que le indique su médico. Sirve para cambiar el generador (batería) de su marcapasos/DAI actual por una batería nueva que asegure el normal funcionamiento de su dispositivo durante los próximos años.
2. **¿Cómo se realiza?** Se realiza habitualmente con anestesia local, con la persona acostada. Se realiza una pequeña incisión en la piel de la zona en la que lleva implantado el dispositivo. A través de dicha incisión se accede a la bolsa del generador de marcapasos/DAI, se desconecta el cable o los cables del generador antiguo y se conectan al nuevo generador. La duración del procedimiento suele ser de entre 30-40 minutos, aunque puede ser más prolongada dependiendo de las características de cada persona. Habitualmente se realiza de forma ambulatoria i es dóna l'alta poques hores després de la realització.
3. **¿Qué riesgos tiene?**
  - Los riesgos son escasos y leves, como molestias en la zona de la bolsa del generador, ligera edematización local o aparición de hematoma, que en la mayoría de los casos se resolverá de forma conservadora. Pocas veces ocurren complicaciones más relevantes como hematomas que precisen una reintervención quirúrgica, infecciones locales de la bolsa o infecciones locales que acaban evolucionando a infecciones sistémicas (endocarditis). También se han descrito casos en los que se produce un daño al cable o cables del marcapasos/DAI durante su manipulación, siendo necesario en estos casos el implante de un nuevo cable durante el mismo procedimiento o en el seguimiento.
4. **Consecuencias previsibles de su realización**

El recambio del generador de su MP/DAI permitirá que el dispositivo pueda continuar ejerciendo sus funciones.
5. **Consecuencias previsibles de la no realización**

La no realización del recambio del MP/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**  
**RECANVI DEL GENERADOR DEL MARCAPASSOS (MP) I DESFIBRIL·LADOR (DAI)**  
**CARDIOLOGÍA**  
**RECAMBIO DEL GENERADOR DEL MARCAPASOS (MP) Y DESFIBRILADOR (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 / TELÉFONO	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.

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.

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

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