



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?** La prueba farmacológica con flecainida es una prueba de ayuda para la detección del electrocardiograma sugerente de síndrome de los Brugada. Se sabe que el patrón electrocardiográfico característico de este síndrome puede ser inconstante y que la sobrecarga con un antiarrítmico (en este caso se emplea la flecainida intravenosa) puede desenmascarar o hacer aparecer la anomalía electrocardiográfica, ayudando a hacer o descartar el diagnóstico de síndrome de los Brugada.

2. **¿Cómo se realiza?** La prueba se realiza con el paciente acostado y con monitorización continua del ECG durante y tras la administración intravenosa del fármaco, para lo que se canaliza una vena periférica, generalmente del antebrazo. La duración del test es aproximadamente de 30 minutos.

3. ¿Qué riesgos tiene?

- La prueba es una prueba segura. La punción venosa puede ser dolorosa y tras la prueba podría producirse inflamación de la vena.
- La administración del fármaco puede provocar, en muy pocos casos, náuseas o vómitos. También puede producir hipotensión arterial. Es excepcional la alergia al medicamento o que la administración de la flecainida provoque arritmias, que podrían ser peligrosas. Los efectos secundarios severos son excepcionales.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La realización de la prueba ayudará en el proceso diagnóstico del síndrome de los Brugada.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

No se podrá obtener la información diagnóstica prevista.

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
PROVA FARMACOLÒGICA AMB FLECAÏNIDA /
CARDIOLOGÍA
PRUEBA FARMACOLÓGICA CON FLECAINIDA**

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 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.*

_____, _____ 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.*