

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI) UNIDAD DE ARRITMIAS Y ELECTROFISIOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Los DAI son aparatos electrónicos automáticos que liberan estímulos eléctricos capaces de estimular el músculo cardíaco y producir su contracción y liberan también descargas eléctricas en forma de choque para tratar las arritmias cardíacas que comprometen la vida del paciente. Constan por lo tanto de un aparato generador de impulsos que se coloca debajo de la piel, generalmente en región infraclavicular o retromamaria mediante una incisión bajo anestesia local, y de uno o varios electrodo que conectan este generador con el corazón. Los electrodos se introducen por vena cefálica, subclavia, axilar o femoral situando su terminal en el apex del ventrículo derecho, en la orejuela derecha o en ambos si se trata de un sistema de estimulación bicameral, conectando su extremo proximal al generador. Debe realizarse con el paciente en ayunas de 8 horas. Se debe realizar profilaxis antibiótica para evitar posibles infecciones en la bolsa del generador o sistémicas.

Dado que son aparatos destinados a tratar las arritmias cardíacas que comprometen la vida del paciente durante su implantación hay que inducir dichas arritmias (Taquicardia ventricular, Fibrilación ventricular) para estar completamente seguro de que el sistema de estimulación es capaz de cortar dichas arritmias cuando el paciente las presente de forma espontánea. Dicha inducción se realiza con el paciente bajo sedación profunda mediante administración intravenosa de un agente sedante (Tiopental sódico, Propofol, etc), para que el paciente no note dolor por la descarga eléctrica.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Tratamiento de las taquiarritmias cardíacas que cursan con riesgo elevado de muerte súbita.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No existen otras pruebas alternativas.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Prevención de muerte súbita.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Muerte súbita.

RIESGOS FRECUENTES

Habitualmente no hay ninguna complicación y solo las molestias propias de la intervención, con molestias locales en la zona de implantación, en el brazo y formación de algún hematoma local.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Derivadas de la punción venosa: punción arterial, pseudoaneurisma, hematoma, flebitis, extravasación, embolismo gaseoso, neumotórax, hemotórax, tromboembolismo pulmonar y sistémico, lesión plexo braquial y nervio recurrente.
2. Derivadas del agente anestésico local y del antibiótico: anafilaxia, vomito, broncoaspiración, parada cardiorrespiratoria.
3. Derivadas del manejo de los catéteres: perforación venosa o arterial, hemorragia, flebitis, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar y sistémico, perforación cardíaca, taponamiento cardíaco, arritmias graves, muerte, daño cerebral, sepsis, endocarditis bacteriana.
4. Derivadas de la administración i.v de la agente sedante: anafilaxia, vomito, broncoaspiración, parada cardiorrespiratoria.
5. Derivadas de la programación del DAI: muerte por fibrilación ventricular refractaria a tratamiento eléctrico y farmacológico.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES
CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA