

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE HOLTER SUBCUTÁNEO 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

La implantación de un Holter subcutáneo se realiza para profundizar en el estudio de las posibles causas de sus síntomas. Cuando un paciente presenta mareos, pérdidas de conciencia o sensación de palpitations y no se ha logrado aclarar por otros sistemas la trascendencia de los mismos o si están causados por un trastorno del ritmo del corazón, este aparato puede ofrecernos una información definitiva.

El Holter tiene una pequeña batería que lee permite recoger la información del ritmo del corazón durante más de un año.

Desde el exterior podemos programar el aparato marcándole qué alteraciones del ritmo del corazón van a guardar grabadas para que posteriormente las podamos revisar en la consulta. Marcaremos una frecuencia de latidos por encima de la cual registrará en su memoria el electrocardiograma y otra cifra por debajo de la cual realizará una función similar, todo ello de forma automática.

Además el paciente contará con un mando pequeño y extremadamente simple (solo hay que ponerlo sobre la zona donde lleva el aparato y apretar su único botón) mediante el cual puede registrar su electrocardiograma al apreciar las molestias que quieren estudiar. Tras presentar el síntoma (se haya apretado el mando o no) se pondrá en contacto con nuestra consulta para concertar una cita de revisión adelantada. Si no presenta síntomas acudirá en la fecha previamente acordada.

Tras una pequeña incisión de una 2 cms. Se coloca el Holter bajo la piel, generalmente en la parte inferior izquierda del pecho. Su tamaño es de 2x8 cms y su forma aplanada consigue que prácticamente no se aprecie salvo que el portador sea muy delgado.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Averiguar la causa exacta de sus síntomas y permitimos pautar el tratamiento mas adecuado.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El Holter externo, pero no registra mas de 24-72 horas y en su caso precisa tiempos mas prolongados de registro.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

El tratamiento será mas adecuado y eficaz.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Mantener las dudas sobre el origen de sus síntomas y con ello no poderle asegurar el tratamiento mas idóneo.

RIESGOS FRECUENTES

La única opción de complicación podría ser la infección local, que quedaría resuelta extrayendo el dispositivo, tratando la infección y colocando de nuevo el Holter en un lugar próximo. Esta única complicación posible no se ha presentado nunca en nuestro centro.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS
RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES
CONTRAINDICACIONES

Ninguna.

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