

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RECAMBIO DE GENERADOR ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA UNIDAD DE ARRITMIAS Y ELECTROFISIOLOGÍA

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

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

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La unidad de estimulación que se le implantó (marcapasos, desfibrilador, resincronizador,...) necesita ser sustituida por una nueva. Desde entonces ha estado acudiendo a revisiones a nuestra consulta externa y finalmente se le ha propuesto intervenir para cambiar el sistema actual.

Con anestesia local, se realizará una pequeña incisión en la piel colocándose una nueva unidad de estimulación bajo la piel unido a los cables que usted lleva implantados previamente.

En el quirófano se confirmará el correcto funcionamiento de los cables. Si no funcionaran bien se sustituirían por unos nuevos; en ese caso el procedimiento se convertiría en una operación similar a la inicial, dependiendo de qué cable fuera preciso recambiar. Por este motivo se le administra un modelo de documento de consentimiento informado similar al que firmó en aquella ocasión.

Lo más frecuente de una operación de recambio es precisar solamente una sustitución de la unidad de estimulación con lo que técnicamente es un procedimiento mucho más simple que la primera operación (se mantienen los cables ya colocados).

Posteriormente es preciso realizar controles periódicos en la consulta externa.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mantener el correcto funcionamiento de su sistema de estimulación eléctrica.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No existe alternativa al recambio de unidad de estimulación.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Correcto funcionamiento de su sistema de estimulación.  
Prevención de muerte súbita.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Muerte súbita.

### RIESGOS FRECUENTES

Habitualmente no hay ninguna complicación. Solo las molestias propias de la intervención, 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**

Derivadas del manejo de la vía venosa:

Lesión arterial, pseudoaneurisma, hematoma, flebitis, extravasación, embolismo gaseoso, neumotórax, hemotórax, tromboembolismo pulmonar y sistémico, lesión plexo braquial y nervio recurrente.

Derivadas del agente anestésico y del antibiótico:

Anafilaxia, vomito, broncoaspiración, parada cardiorespiratoria.

Derivadas del manejo de los catéteres en caso de que fuera necesario:

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.

Existe un riesgo de infección poco frecuente (1.5%) ya que se toman las precauciones necesarias. En caso de producirse sus consecuencias pueden ser muy importantes por transmitir la infección al corazón y no poderse extraer los cables por tracción ya que llevan varios años implantados.

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

**CONTRAINDICACIONES**

Ninguna.

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>