

ETIQUETA					
Nº Historia Clínica _____					
APELLIDO1 _____		APELLIDO2, _____		NOMBRE _____	
NSS _____	Tit. _____	DNI _____	F.Nacimiento _____	Edad _____	Sexo _____
Dirección _____			Tlf. _____		
SERVICIO _____			HABITACION _____		

### CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

1. ¿Qué es?

Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo (lentas o rápidas), o de la conducción cardiaca (bloqueos). Consiste en colocar un generador interno de impulsos eléctricos y un cable-electrodo intravenoso e intracardiaco mediante una pequeña intervención quirúrgica.

2. ¿Para qué sirve?

Permite mantener un ritmo adecuado de las pulsaciones del corazón, adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

3. ¿Cómo se realiza?

El paciente permanecerá tumbado y consciente, aunque sedado, para que no tenga dolor. Se aplica anestesia local en el lugar elegido (bajo la clavícula o en la axila). Se coloca debajo de la piel de dicha zona un pequeño aparato electrónico (generador) que producirá impulsos eléctricos, y se une a uno o dos cables (electrodos), según los casos, muy finos y flexibles. Estos se introducen por una vena y se les hace avanzar hasta el corazón con control radioscópico. Una vez comprobado el correcto funcionamiento del marcapasos se cierra la herida de la piel con unos puntos de sutura. Después de la implantación el paciente deberá permanecer en reposo varias horas.

### RIESGOS, POSIBLES COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

4. ¿Qué riesgos tiene?

Los riesgos son escasos y leves (molestias en la zona de implantación del generador, hematoma) y pocas veces son relevantes (neumotórax, hemorragia que precise transfusión). Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o intracardiaca, embolia pulmonar, sepsis, perforación cardiaca con taponamiento), si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente; el riesgo de muerte es excepcional (1-2 por 1.000).

### ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

5. ¿Hay otras 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.

### RIESGOS PERSONALIZADOS Y PROFESIONALES

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales son \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SU INTERÉS

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento médico al que va a ser sometido y los riesgos y complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas. Por favor, lea atentamente este documento y consulte con su médico las dudas y aclaraciones que se le planteen.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**  
*CAPÍTULO IV. Ley 41/2002, de 14 de noviembre*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D./Dña. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, y D.N.I. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente, representante legal, familiar o allegado)  
en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/a D./Dña. \_\_\_\_\_ me ha informado de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el procedimiento \_\_\_\_\_  
(Nombre del procedimiento)

En Santa Cruz de Tenerife, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_

**Firma del médico**

**Firma del paciente**

**o**

**Firma del representante legal,  
familiar o allegado (\*)**

Nº colegiado \_\_\_\_\_

**DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Después de haber sido informado de la naturaleza y los riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

**Firma del médico**

**Firma del paciente**

**o**

**Firma del representante legal,  
Familiar, allegado o Testigo (\*)**

Nº colegiado \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN**

D./Dña. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, y D.N.I. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente, representante legal, familiar o allegado)  
en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_, y no deseo proseguir el citado procedimiento que doy con esta fecha por finalizado.

En Santa Cruz de Tenerife, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_ .

**Firma del paciente**

**Firma del representante legal,  
familiar o allegado (\*)**

\* Representante legal en los casos contemplados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.