



UZKI INGURUKO LESIOAK ERAUZTEKO/BIOPSIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN / BIOPSIA DE LESIONES PERIANALES

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
.....Data:

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMAZIOA:

Jakinarazi didate lesio bat(zuk) d(it)udala uzkiko/uzki-
inguruko eremuan, eta, prozedura honen bidez, lesio hori
kendu egin behar dela, biopsia bidezko diagnostikoa egin
ahal izateko eta/edo, gainera, behin betiko tratamendu
gisa balio dezan, sintomak arintzen saiatzeko.

Lesio horiek lesio hutsalak edo tumore gaiztoak izan
daitezke.

Prozedura honen bidez, lesioaren edo lesioen zati bat edo
guztia erazuko da.

Zauria irekita gera daiteke; hala bada, asteak beharko
dira ixteko; posible bada, puntuz itxi ahal izango da.

Gehienetan, kirurgia hori anestesia lokala eta kirurgia
txiki ambulatorioa erabiliz egin daiteke, edo Kirurgia
Handi Ambulatorioko erregimenean; bi kasuetan,
kirurgiaren egun berean eman ahal izango zaio alta.

Batzuetan beharrezkoa da hestea garbitzeko alde
aurreko prestaketa bat egitea.

Badakit, halaber, litekeena dela kirurgiak irauten duen
bitartean prozeduran aldaketak egin behar izatea eta
hasieran aurreikusi gabeko aldaerak erabili behar izatea,
hain zuzen ere miaketan ustekabeko aurkikuntzak egin
direlako, betiere tratamendurik egokiena emateko.

Aldaketa horiek garrantzitsuak direnean, familiari edo
ordezkariari jakinarazi eta baimena eskatuko zaio.

Medikuak ohartarazi dit prozedura horrek anestesia
orokorra ematea eska dezakeela, eta litekeena dela
ebakuntza egin bitartean edo ondoren odola eta/edo
hemoderibatuak erabili behar izatea; Beharrezkoa da
zure medikuari esatea arazoren bat duzun. Zure
arriskuen berri Anestesia Zerbitzuak emango dit
Anestesia Zerbitzuak.

B. INFORMACIÓN:

He sido informado que presento una(s) lesión(es) en
la región anal/perianal, y que mediante este
procedimiento dicha lesión deber ser extirpada para
poder hacer un diagnóstico mediante biopsia y/o que
además sirva como tratamiento definitivo, para
intentar aliviar los síntomas.

Estas lesiones pueden ser desde lesiones banales
hasta tumores malignos.

Mediante este procedimiento se extirpará parte o la
totalidad de la(s) lesión(es).

La herida puede quedar abierta, en cuyo caso tardará
semanas en cerrarse; si es factible, se podrá cerrar
con puntos.

En la mayoría de los casos, esta cirugía puede
realizarse con anestesia local y cirugía menor
ambulatoria o en régimen de CMA (Cirugía Mayor
Ambulatoria), siendo posible en ambos casos ser dado
de alta el mismo día de la cirugía.

En ocasiones es necesario realizar una preparación
previa para limpiar el intestino.

También sé que cabe la posibilidad de que durante la
cirugía haya que realizar modificaciones del
procedimiento y utilizar variantes del mismo no
contempladas inicialmente, por los hallazgos
imprevistos en la exploración con el fin de
proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Cuando estas modificaciones sean de consideración
se informará y solicitará consentimiento a la familia o
representante.

El médico me ha advertido que el procedimiento
puede requerir la administración de anestesia general
y que es posible que durante o después de la
intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o
hemoderivados; es necesario decirle a su médico si
tiene algún problema al respecto. De sus riesgos me
informará el Servicio de Anestesia.



C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK

Ulertzen dut, nahiz etateknika egokia aukeratu eta behar bezala egin, konplikazioak gerta daitezkeela, bai ebakuntza guztien ondorio diren konplikazio arruntak, organo eta sistema guztiei eragin diezaieketenak, bai prozedurako beste konplikazio espezifiko batzuk, hala nola:

- **Ez oso larriak eta ohikoak:** luzaroan dagoen mina, orbaintzean atzerapena, zauria ustekabean irekitzea, odoljarria, zornea, gernu-erretentzio akutua.
- **Ez hain ohikoak eta larriagoak:** lesioa ugaltzea, orbain ondoko uzki-estenosiak, uzki inguruko larruzalaren gaininfekzioa, esfinter-lesioak.

Kirurgiaren ondoren, kirurgia bakoitzaren konplikazioetako edozein ager daiteke: bihotz-biriketako arazoak, tronbosia, gernu-infekzioak edo zainetako kateterrak, aurretiko gaixotasunen desorekak (arnasketakoak, diabetesa, bihotzekoak, etab.).

Konplikazio horiek tratamendu medikoa erabiliz konpondu ohi dira (medikamentuak, serumak, etab.), baina baliteke konplikazioa konpontzeko ebakuntza bat berriro egin behar izatea, eta, salbuespen gisa, heriotza gerta daiteke.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

D. ESAN IEZAGUZU:

Honako hauen berri eman behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazio-asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo botikak edo beste edozein inguruabar, izan ere, arrisku edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete.

E. ARRISKU PERTSONALIZATUAK:

Baliteke pertsona bakoitzaren ezaugarri bereziek eta gaixotasunek (diabetesa, hipertentsio arteriala, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitzea. Medikatuak zure kasuan izan daitezkeen arriskuak jakinarazi dizkizu.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse complicaciones, tanto las comunes derivadas de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otras específicas del procedimiento, que pueden ser:

- **Poco graves y frecuentes:** dolor prolongado, retraso en la cicatrización, apertura incidental de la herida, sangrado, supuración, retención aguda de orina.
- **Menos frecuentes y más graves:** reproducción de la lesión, estenosis anales post-cicatriciales, sobreinfección de la piel perianal, lesiones esfinterianas.

Después de la cirugía puede aparecer cualquiera de las complicaciones propias de cada cirugía: problemas cardiopulmonares, trombosis, infecciones de orina o de los catéteres venosos, descompensaciones de enfermedades previas (respiratorias, diabetes, cardíacas, etc.).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reoperación para la solución de la complicación y, excepcionalmente, puede producirse la muerte.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

D. AVÍSENOS:

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

E. RIESGOS PERSONALIZADOS:

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.



F. ORDEZKO AUKERAK:

Medikuak azaldu dit nire kasuan ez dagoela gaixotasuna tratatzeko beste aukera eraginkorragorik.

G.- OHARRAK:

.....
.....

F. ALTERNATIVAS:

El médico me ha explicado que en mi caso no existe otra alternativa más eficaz de tratamiento para la enfermedad.

G.- OBSERVACIONES:

.....
.....

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. "HISTORIA KLINIKOA" tratamenduaren helburua da pazientearen historia klinikoaren datuak izatea, pazientearen jarraipena egiteko eta jarduera asistentziala kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Baliteke datuak hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-entitateak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetza osasun-langileek eman dituzte. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta datuen tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara:

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

Información básica sobre protección de datos: se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>.

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN ONDOREN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU OSTEAN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.



Pazientea / El Paciente

Pazientearen izen-abizenak

Nombre, dos apellidos

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha <<FECHA>>

Medikua / El/La Médico

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha

Legezko Ordezkaria: pazientea ezgaituta bada go edo adingabea bada / Representante legal: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NANA eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Ulertzen dut zenbaiterainoko irismena eta arriskuak dituen adierazitako prozedura EZ BETETZEAK. Eta baldintza horietan erabiltzen dut atzera egiteko eskubidea.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha