



UMETOKI-LEPOKO KRIKOAGULAZIOA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOCOAGULACIÓN CERVIX

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Umetoki-lepoaren zati bat izoztean datzan ebakuntza kirurgikoa da; umetoki-lepoan ager daitekeen ehun anormala suntsitzea du helburu. Krioterapia (hotza helburu terapeutikoarekin erabiltzea) prozedura erraza da, eta ez da ehun kalteturik moztu behar.

Krioterapia bidezko tratamendu bakar batek ehun anormal guztia kentzen du pazienteen % 85-90ean. Nolanahi ere, pazienteen % 10-15ean, zelula anormalak ez dira desagertzen edo berriz agertzen dira, tratamendua eginda ere.

Nire kasuan, haxe da arrazoa:

- CIN I Koitorragia

Anestesia: Prozedura anestesiarik gabe egiten da, eta baliteke kalanbreak sentitzea prozeduran. 10-15 minutu iraungo du prozedurak asko jota, eta bi etapatan egingo da.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Interbentzio kirurgiko guztiek, bai ebakuntzan erabilitako teknikagatik, bai pazientearen osasun-egoeragatik (diabetesa, kardiopatia, hipertentsioa, adina, anemia, obesitatea...), arruntak diren arazo batzuk sor ditzakete, bai eta larriagoak direnak ere, eta, zenbaitetan, tratamendu osagarria behar izaten dute (medikua edo kirurgikoa).

Interbentzioak izan ditzakeen konplikazio espezifikoa hauek dira:

- Hemorragia (odoljario txikia normala da krioterapiaren ondoren).
- Umetoki-lepoaren estenosisa (estutzea).
- Zorabioa: zenbait pertsona zorabiatu edo gorritu egiten dira prozeduran. Umetoki-lepoko nerbioak narritatzean gertatzen da erreakzio hori.
- Lesioak jarraitzea.
- Ustekabeko erredurak.
- Pelbisaren, umetokiaren edo tronpek infekzioa.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

D. JAKINARAZI:

Arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzaketenez, beharrezkoa da hurrengo hauek jakinaraztea: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren aldaketak, gaixotasun

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

Se trata de una intervención quirúrgica consistente en la congelación de una parte del cuello del útero, cuya finalidad es destruir el tejido anormal que pueda aparecer en dicho cuello. La crioterapia (el uso de frío con finalidad terapéutica) es un procedimiento sencillo que no requiere cortar los tejidos afectados.

Un solo tratamiento mediante crioterapia elimina todo el tejido anormal en el 85-90% de las pacientes. Sin embargo, entre el 10-15% de las pacientes, muestran células anormales que persisten o recurren a pesar del tratamiento.

En mi caso concreto el motivo es:

- CIN I Coitorragia

Anestesia: El procedimiento se realiza sin anestesia, si bien, es posible que sienta usted calambres durante el procedimiento, el que por lo general no dura más de 10-15 minutos y se lleva a cabo en dos etapas.

C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

Las complicaciones específicas potenciales de la intervención son:

- Hemorragia (un sangrado mínimo es normal después de la crioterapia)
- Estenosis (estrechamiento) cervical
- Mareo: algunas personas se sienten mareadas o se ruborizan durante el procedimiento. Esta reacción se produce al irritarse los nervios del cérvix.
- Persistencia de la lesión
- Quemaduras accidentales
- Infección pélvica, del útero o de las trompas.

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

D.- AVISENOS:

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra

kardiopulmonarrak, protesirik baduzun, egun hartzen dituzun medikamentuak eta antzekoak.

E. PERTSONA BAKOITZAREN ARABERAKO ARRISKUAK:

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

F. ORDEZKO AUKERAK:

Beste aukera terapeutiko batzuk badaudela azaldu didate, hala nola LEEP euskarri elektrokirurgiko bidezko konizazioa, anputazio zerbikala, tratamendu suntsitzaile lokala eta histerektomia, baldintza jakin batzuetan.

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.- ALTERNATIVAS:

Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como conización con asa electroquirúrgica LEEP, amputación cervical, tratamiento destructivo local e histerectomía en determinadas condiciones.

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, 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

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

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN 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**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

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