

KONDILOMEN ELEKTROKOAGULAZIOA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROCOAGULACIÓN DE CONDILOMAS

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDKIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Tratamendua: era kontrolatu batean eta elektrobisturi baten laguntzaz, azaleko lesio garatxo/kondiloma lesioak suntsitzea. Batzuetan, anestesia lokala ipinita burutzen da prozedura, infiltrazio baten bitartez edo anestesia krema emanda.

C.- ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Ebakuntza kirurgiko oro, hala teknika kirurgiko beragatik nola paziente bakoitzaren bizi-egoeragatik (diabetesa, kardiopatia, hipertentsioa, adineko pazientea, anemia, obesitatea...), berarekin dakartza larriak izan litezkeen ohiko hainbat arazo, tratamendu osagarrien beharra izan lezaketanak, medikoak zein kirurgikoak.

Elektrokoagulazioaren arazo zehatzak ondokoak izan daitezke:

- Batzuetan, erreakzio alergiko larriak (anafilaxia) gerta daitezke, heriotza arrisku oso txikia ere badutenak.
- Azaleko narritadura lokalak, sastadaren ondoriozkoak: mina edo gorridura.

Kirurgiaren ondoko konplikazio posibleak:

- Zauri kirurgikoa infektatzea.
- Zauri kirurgikoan odol-galera edo hematoma (zauriaren odola metatzea) izatea.
- Azaleko lesioak, erabilitako botikari alergia izateagatik.
- Ebakuntzaren tokian, sentsibilitate galera edo epe luzean mina izatea ebakuntzaren ostean.
- Orbain atzeragarri edo antiestetikoa. Batzuetan, era horretako orbainak sortzen dira, lesioa edo eratorriak eraztearen ondorioz.

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

D.- JAKINARAZI:

Arriskuen edo arazoen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzaketenez, beharrezkoa da hurrengo hauek jakinaraztea: medikamentuekiko alergia, koagulazioaren aldaketak, gaixotasun kardiopulmonarrak, protesirik baduzun, egun hartzen dituzun medikamentuak eta antzekoak.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

El tratamiento consiste en destruir de forma controlada lesiones verrucosas/condilomatosas superficiales de la piel con un electrobisturí. El procedimiento se realiza ocasionalmente con anestesia local mediante infiltración o crema anestésica.

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 de la electrocoagulación, pueden ser:

Derivadas de la anestesia local:

- Reacciones alérgicas que a veces pueden ser graves (anafilaxia), incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
- Irritaciones locales de la piel por el pinchazo: dolor o enrojecimiento.

Posibles complicaciones postquirúrgicas:

- Infección de la herida quirúrgica.
- Sangrado de la herida quirúrgica o hematoma (acumulación de sangre en la herida)
- Lesiones cutáneas por reacción alérgica a la medicación utilizada.
- Pérdida de sensibilidad o dolor prolongado postoperatorios en la zona de la operación.
- Cicatriz retráctil o antiestética. Este tipo de cicatrices es consecuencia en ocasiones de la extirpación total de la lesión o derivadas

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 circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

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:

Tratamendu medikoa: medikamentu inmunoestimulatzailak erabiltzea (Imiquimod, sinecatekinak).

Tratamendu kirurgikoa: lesioak suntsitzea krioterapia, CO2-ko laserra, azido trikloroazetikoa erabilita.

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

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:

Tratamiento médico: uso de fármacos inmunoestimulantes (Imiquimod, sinecatequinas)

Tratamiento quirúrgico: destrucción de las lesiones con crioterapia, láser de CO2, Acido Tricloroacético

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 PUEBAN 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

Ordezkaria: 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.....

