

HEZURMUINEKO ZIZTADA-BIOPSIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN-BIOPSIA MÉDULA ÓSEA

A.- IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B.- TRATAMENDUARI BURUZKO INFORMAZIOA:

- Hezurmuineko ziztada-biopsia egiteko hezurmuinaren lagin bat hartzen da azterzeko. (Hezumuina da odolaren osagaiak sortzen diren lekua: globulu gorriak, globulu zuriak edo leukozitoak, eta plaketak).
- Horretarako hezur eskuragarri baten muina ziztazen da (gehienetan estemoia edo gandor iliakoa), anestesia lokalarekin egiten da.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Min lokala, analgesikoekin arindu daiteke: Paracetamol (Termalgin[®], Gelocatil[®]) Ez hartu aspirinarik adoljariorik ez izateko.
- Anestesia lokalaren erreakzioak: (Aurrekari alergiorik izanek gero mediakiuari jakinarazi).
- Hematomak ziztada egindako zonan.
- Oso gutxitan bada ere, ziztazeko orratza hautsi daiteke.
- Ziztatu beharreko hezuraren arabera zulaketa gerta daiteke abdomenean edo mediastinoan baina oso arraroa da.

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

D. ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

E.- ARRISKU PERTSONALAK:

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikiak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

A.- IDENTIFICACIÓN:

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

B.- INFORMACIÓN TRATAMIENTO:

- La punción-biopsia de médula ósea es una técnica mediante la cual se obtiene médula ósea para su estudio. (La médula ósea es el lugar donde se producen los elementos celulares de la sangre: glóbulos rojos, glóbulos blancos o leucocitos y plaquetas).
- Se realiza pinchando la médula de un hueso fácilmente accesible (generalmente esternón o cresta ilíaca) bajo anestesia local.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Dolor local, corregible con analgésicos suaves, como Paracetamol (Termalgin[®], Gelocatil[®], ...). No tomar aspirina para evitar sangrado.
- Reacciones de la Anestesia local. (Poner en conocimiento del médico si tiene algún antecedente alérgico).
- Hematomas en la zona de punción.
- En casos excepcionales, rotura de la aguja de punción.
- Muy excepcionalmente, puede producirse perforación en abdomen o mediastino, según el hueso a puncionar.

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

D. AVÍSEÑOS:

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:

Zitxada-biopsia alternatibarik ez dago.

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

F.-ALTERNATIVAS:

No existe alternativa a la punción-biopsia.

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.....