

**LASER BIDEZKO KIRURGIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LASER****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:**B. INFORMAZIOA:**

Laserrak argi-uhin batzuk igortzen ditu aparatu batetik, eta, zelulekin kontaktuan jartzean, haiek desegiten ditu, zehaztasun handiko bisturia balitz bezala. Prozedura horri esker, kirurgia ondoko odoljariorak eta josturak asko murrizten dira. Laser bidezko kirurgia erabiltzen da aho barneko zenbait arazo konpontzeko; tumore txikiak erazteko edo ahoko mukosa-lesioak, angiomak, frenuluak, fibromak, papilomak eta ahoko lesio zurixkak (leukoplasiak) konpontzeko. Azaleko eta ezpainetako orbanak eta lesioak lehorrazteko ere erabiltzen da.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Interbentzio hau anestesia orokorrarekin edo lokalarrekin gauza daiteke, eta anesthesiarekin lotutako arriskuez zure anestesistak emango dizu informazioa.

Estatistikoki maizenik gertatzen diren konplikazioak:

- Alergia anestesikoari edo kirurgia egin aurreko, egin bitarteko eta ondoko medikamentuei.
- Alderdiaren hematoma eta hantura.
- Operazio ondoko hemorragia.
- Jostura-puntuak irekitzea, josturak jarri behar diren kasuetan.
- Inguruko hortzei kalte egitea, erreta edo ebakita.
- Hortzetako beheko nerbioaren sentikortasun eza, partziala ala erabatekoa, behin-behinekoa ala behin betikoa (beheko ezpaineko sentikortasuna).
- Mihiko nerbioaren sentikortasun eza, partziala ala erabatekoa, behin-behinekoa ala behin betikoa (mihikoa eta dastamenekoa).
- Orbita azpiko nerbioaren (masailaren) sentikortasun falta partziala ala erabatekoa, behin-behinekoa ala behin betikoa.
- Ehunaren edo hezuraren infekzioa.
- Operatu den alderditik hurbil diren azal eta mukosa zatiak erretzea.
- Argi-izpiek begiko zenbait egitura hondatzea.
- Tresnak puskatzea. Anestesiako orratza puskatzea.
- Josturak infektatzea.

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

D. ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergia, 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.

A. IDENTIFICACIÓN:NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:**B. INFORMACIÓN:**

El láser consiste en unas ondas de luz emitidas desde un aparato que en contacto con las células las destruyen, actuando como un bisturí de alta precisión. Este procedimiento evita en gran parte el sangrado y las suturas tras la cirugía. La cirugía con láser se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extirpación de pequeños tumores o lesiones de la mucosa de la boca, angiomas, frenillos, fibromas, papilomas, así como de lesiones blanquecinas de la boca (leucoplasias). También puede emplearse para reseca manchas o lesiones en la piel y en los labios.

C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

La intervención puede realizarse con anestesia general o local con el riesgo inherente asociado a la misma, de lo que será informado por su anestesista.

Complicaciones estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Apertura de los puntos de sutura, en caso de necesitarse.
- Daño a los dientes vecinos, en forma de quemaduras o fracturas.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Infección de los tejidos o del hueso.
- Quemadura de partes de la piel o mucosa cercanas al lugar de la operación.
- Daño por el haz de luz a diversas estructuras oculares.
- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- Infección de los puntos de sutura.

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. ARRISKU PERTSONALAK:

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

F. BESTELAKO AUKERAK:

Lesioak erazteza kirurgia tradizionala erabilita.

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:

Extirpación de las lesiones mediante cirugía tradicional.

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