



GARUNEKO KABERNOMARI BURUZKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CAVERNOMA CEREBRAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Garunaren barruan sortzen den zain-gisako malformazio baskular bat da; epilepsia-krisiak eragin ditzake edo odol-ateratzea sor daiteke bertan. Hura erazteak indikazioa du odol-ateratzea (kasuen % 5-15) edo epilepsia-krisiak (kokapenaren arabera) ez gertatzeko. Garezurra zabaltzen da neuronabigatzaile batek gidatuta ia beti, eta lesioa kokatzen da hura erazteko.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Prozedura kirurgiko guztietan bezala, arriskuak odol-ateratzea eta operatutako eremua zornatzea dira. Beste arrisku bat da lesioa EZ aurkitzea, baina neuronabigatzailea erabiliz gero, arrisku hori txiki-txikia da.

Kirurgiaren osteko asaldura neurologikoak malformazioa erazteko ukitu behar den garun-eremuaren arabera izango dira, eta horren eraginez, asaldurak ager daitezke hizkuntza, mugimenduan edo zentzumenetan.

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

D. ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketak 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. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Behaketa.
Erradiokirurgia, baina ez da frogatu onuragarria denik.

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

Se trata de una malformación vascular de consistencia venosa localizada dentro del cerebro que puede generar ataques epilépticos o sufrir un sangrado. Su extirpación está indicada para evitar un sangrado (5-15 % de los casos) ó las crisis epilépticas (depende de la localización). Se realiza una apertura del cráneo, casi siempre, dirigida por neuronavegador y se localiza la lesión para su extirpación.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

El riesgo, como todos los procedimientos quirúrgicos, son el sangrado y la infección en la zona operada. Otro riesgo es NO localización de la lesión, aunque este es mínimo con el uso de neuronavegador.

Las alteraciones neurológicas postquirúrgicas dependerán de la zona cerebral que haya que manipular para la extirpación de la malformación, pudiendo aparecer alteraciones del lenguaje o alteraciones motoras o sensitivas.

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. ALTERNATIVAS:

Observación.
Radiocirugía, aunque no está comprobado su beneficio.

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