

MIHIPEKO FRENULEKTOMIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FRENUELECTOMÍA SUBLINGUAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Mihipeko frenulu hipertrofikoa mihia finkatzen duen eta haren mugikortasuna zailtzen duen mintz bat da, hitz zehatz batzuk artikulatzea eragotziz, batez ere «rr» duten horiek.

Ebakuntzaren helburu nagusia mihia askatzea da, guztiz eta ongi mugi dadin.

Ebakuntzak anestesia orokorra eskatzen badu, horren berri Anestesiologiako Zerbitzuak emango dizu.

Ebakuntza mihipeko frenulua moztean datza (frenulektomia), bisturi elektrikoz edo artaziz. Batzuetan luzatzeko plastia bat egin, arraila josi edo odoljariora kontrolatu behar da. Ebakuntza kirurgia handi ambulatorioaren erregimenean egin daiteke.

Prozesuak dituen ezaugarri bereziengatik, aurkikuntza kirurgikoetan oinarrituz, edo baita ezustekoren bat sortuz gero ere, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu eta aukera terapeutikorik egokiena erabaki ahal izango du.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Ebakuntzaren ondorioz eskara zurixka txiki bat agertuko da, egun batzuen buruan bere kasa desagertuko dena, baina behin edo behin ahoko usain txarra eta mina ere nabari daitezke zona horretan aldi baterako.

Ebakuntza informatuaren konplikazio nagusi moduan odol-hodien lesioa, odoljariora iraunkorrek, eta zauriaren infekzioa aipa daitezke.

Kasu batzuetan, mihia askatuta ere haurrak ez du ongi ahoskatzen, ahoskera-arazoak ikaskuntza foniatriko bidez konpondu ohi direlako.

Edonola ere, teknika egokia hautatuta ere, ebakuntza kirurgiko pediatriko orok, bai teknikarengatik berarengatik bai haur bakoitzaren ezagugarri kliniko espezifikoengatik, konplikazio posible komun sorta bat dakar berekin, kasu batzuetan larriak (infekzioa, hemorragia, mina) tratamendu osagarriak behar dituztenak, mediko edo kirurgikoak, eta heriotza-portzentaje txiki-txiki bat ere bai.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

El frenillo sublingual hipertrófico consiste en una membrana que fija la lengua y dificulta su movilidad, impidiendo la articulación de determinadas palabras, fundamentalmente aquellas que llevan la letra “rr”.

El propósito principal de la intervención es conseguir la liberación de la lengua y su completa y normal movilización.

En caso de que la intervención precise anestesia general, será informado por el Servicio de anestesiología.

La intervención consiste en seccionar el frenillo sublingual (frenulectomía), que se realiza con el bisturí eléctrico, o tijera. En ocasiones, es necesario realizar una plastia de alargamiento y/o suturar para cerrar la brecha o controlar el sangrado. Puede intervenir en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

La consecuencia de esta intervención será la aparición de una pequeña escara blanquecina, que desaparece en unos días espontáneamente, aunque a veces, puede ocasionar temporalmente mal olor de la boca y dolor en esa zona.

Las complicaciones de la intervención informada, pueden ser lesión vascular con hemorragia persistente e infección de la herida.

Es posible que la operación consiga la liberación de la lengua, y a pesar de ello, el niño no termine de hablar correctamente, porque la corrección de los defectos de pronunciación requiere un aprendizaje foniatrico.

En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias: infección, hemorragia, dolor, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médico como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

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

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

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. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Badago ebakuntza ez egiteko aukera, izan ere, ez da arazo funtzionala.

D. AVÍSENOS:

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:

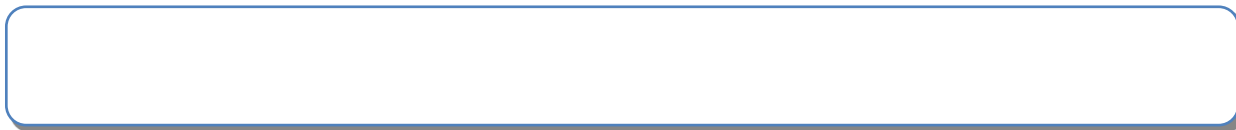
La alternativa posible es no realizar la intervención, puesto que no se trata de un problema vital.

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

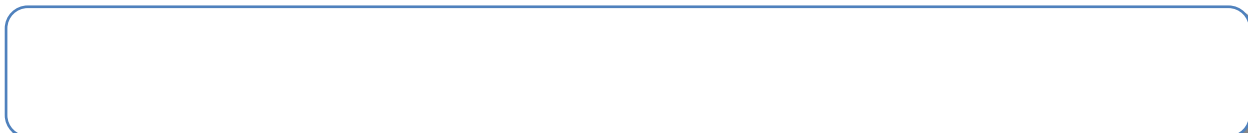
FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

Pazientea/ El Paciente**Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

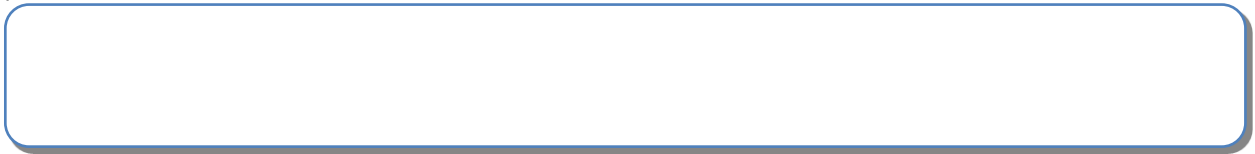
**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a
.....**Sinadura eta data**

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

