



SASIANEURISMETAN TRONBINA INJEKTATZEKO BAIMEN INFORMATUA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INYECCIÓN TROMBINA EN SEUDOANEURISMAS

A. IDENTIFIKAZIOA:MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data.....**B. INFORMAZIOA:**

Sasianeurismetan tronbina injektatzean, medikamentu baten (tronbina) kantitate txiki bat sartzen da, zure sasianeurisma konpontzen saiatzeko. Horretarako, lehenik, iztondoko larruazala garbituko dugu antiseptiko batekin; bigarrenik, ziztada txiki bat egingo dizugu eremu horretan, orratz fin-fin bat erabiliz; eta ondoren, medikamentua injektatuko dizugu, sasianeurisman tronbosia gertatzeko eta hura sendatzeko.

Teknika honen bidez, interbentzio kirurgikoa egin behar izatea ekidin nahi dugu. Horixe lortzen da kasuen % 90ean.

Interbentzioak, gutxi gorabehera, 20 minutu irauten du, eta ez duzu mina ez ondorengo izango, hasierako ziztadak eragindakoa izan ezik.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Erabiltzen dugun teknikagatik:

- Tronbosia arterian. Oso-oso ezohikoa da, eta kasuen % 1ean baino gutxiagoan gertatzen da.
- Hemorragia ziztada-tokian. Oso ezohikoa da eta erraz trata daiteke arteria konprimatuz.
- Tronbinarekiko erreakzio alergikoa. Proba honetan ez da inoiz gertatu, baina teorian badago arriskua.

Kontraste-substantziagatik. Erreakzio alergikoak:

- Arinak; esaterako, goragalea, azkura edo larruazaleko lesioak.
- Oso-oso gutxitan izaten dira larriak; giltzurrun-alterazioak, adibidez.
- Ezohikoa da heriotza gertatzea: kasu bat 100.000 pazienteko.

X izpiekiko esposizioagatik:

Interbentzio hau egiteko, X izpiak erabiltzen dira; ondorio kaltegarriak eragin ditzakete organismoan, baina proba honen abantailak konpentsatu egiten dituzte eragin horiek. Eta, indarreko legeriaren arabera, beti erabiliko da interbentzioaren helburuak lortzeko behar den dosi txikiena.

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. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Gaur egun, beste aukera interbentzio kirurgikoa da.

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

La inyección de Trombina en pseudoaneurismas consiste en inyectarle una pequeña cantidad de un medicamento (Trombina) para intentar solucionarle el pseudoaneurisma que tiene usted. Para ello, primero le limpiaremos la piel de su ingle con un antiséptico, luego le daremos un pequeño pinchazo en la zona con una aguja muy fina y a continuación le inyectaremos el medicamento, con el fin de que el pseudoaneurisma, se trombose y cure.

Mediante esta técnica pretendemos evitarle la intervención quirúrgica. Esto se consigue en un 90% de los casos.

La duración de la intervención es de aproximadamente 20 minutos y usted no va a sentir dolor ni molestias, excepto las del pinchazo al principio.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Por la técnica que estamos realizando:

- Trombosis de la arteria. Es excepcionalmente rara y ocurre en menos del 1% de los casos.
- Hemorragia en el sitio de la punción. Es muy poco frecuente y fácil de tratar comprimiendo la arteria.
- Reacción alérgica a la trombina. Aunque nunca ha ocurrido en esta prueba, existe un riesgo teórico.

Por el medio de contraste. Reacciones alérgicas que pueden ser:

- Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves como alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la exposición a los rayos X:

Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso, y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

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

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:

En la actualidad la alternativa sería la intervención quirúrgica.

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