



## HOMOINJERTO BASKULAR KRIOPRESERBATUA EZARTZEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE HOMOINJERTO VASCULAR CRIOPRESERVADO

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....

### B. INFORMAZIOA:

Zure gaixotasuna tratatzeko egingo dugun interbentzio honetan, beste pertsona batengandik lortutako injerto arterial kriokontserbatua txertatuko dizugu gaixotutako arteria ordezkatzeko.

Gaixotasunak saiheste aldera, mediku eta erizainek Ehunen Bankuetako Estatuko Elkartek (AEBT) emaileen gainean zehaztutako irizpide eta gomendioei jarraitu diete ehuna aukeratu eta eskuratzeko prozesuan, 1301/2006 Errege Dekretuak araututakoaren arabera.

Halaber, ehunak Ehunen Bankuetan kontserbatu dira, AEBTek zehaztutako kalitate-kontrolak betez.

Honako analisi hauek egingo dira: B eta C Hepatitisa, Sifilisa, GIB 1 eta 2, eta beharrezkotzat jotzen diren guztiak. Era berean, zure odol-lagin bat gordeko da, egiaztatu ahal izateko ez dela transmitituko gaixotasun infekziosorik. Analisi hauen emaitza erabat isilpekoa izango da.

Beste tratamendu batzuen aldean, proposatzen dizugunak ebakuntza-denbora laburtu eta ebakuntza-erikortasuna murrizten du (ez da beste eremu kirurgikorik behar gorputzeko beste alde batean, ezta ebaki gehiagorik ere).

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Batzuetan, injertoaren errefusa gertatzen da. Ebakuntza ostean, infekzioren bat agertu daiteke, baina, gehienetan, ondo bideratzen da medikamentuen bidez.

Ezohikoa bada ere, gaixotasunen bat transmititu daiteke, nahiz eta horiek detektatzeko behar diren neurri guztiak hartu.

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

### A. IDENTIFICACIÓN:

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

### B. INFORMACIÓN:

La intervención a la que va a ser sometido para el tratamiento de su enfermedad requiere la utilización de un injerto arterial criopreservado obtenido de otra persona para sustituir su arteria enferma.

Este tejido ha sido seleccionado y obtenido por personal médico y de enfermería aplicando las recomendaciones y criterios de la Asociación Española de Bancos de Tejidos (AEBT) sobre selección de donantes, cuyo fin es evitar en lo posible la transmisión de enfermedades ajustándose al Real Decreto 1301/2006.

Así mismo, ha sido conservado en los Bancos de Tejidos donde se han seguido los controles de calidad establecidos por la AEBT.

Es necesario realizar análisis de Hepatitis B y C, Sífilis, VIH 1 y 2 y otros si fuera necesario, así como almacenar una muestra de su sangre para descartar la posible transmisión de enfermedades infecciosas. El resultado de estos análisis, será estrictamente confidencial.

Los beneficios que le ofrece este tratamiento frente a otros son: disminución del tiempo operatorio, disminución de la morbilidad operatorio (no precisa otro campo quirúrgico en otra parte del cuerpo ni de nuevas incisiones).

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

En ocasiones se produce rechazo del injerto.

Se puede producir una infección postoperatoria, que en la gran mayoría de los casos, responde bien a los tratamientos medicamentosos.

Excepcionalmente, se puede producir la transmisión de enfermedades a pesar de la aplicación de todas las medidas apropiadas de detección de enfermedades.

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:**

Protesi sintetikoak ezartzea. Dena dela, hemen proposatutako injertoa erabiltzea gomendatzen dizugu, zuretzat egokiena dela uste baitugu.

**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**

**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:**

Implante de prótesis sintéticas. Sin embargo, le recomendamos la utilización de este tipo de injerto por considerar que es el más indicado en su caso.

**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