

PUBIS GAINEKO ZISTOSTOMIA (MASKURIKO TAILLAKETA) EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA TALLA VESICAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Prozedura honen bitartez, genu-erretentzioaren arazoa konpondu nahi da. Prozedura honetarako, anestesia lokala behar da. Anestesia erregionala behar izanez gero, anestesia zerbitzukoek informatuko zaituzte. Teknika hau uretrako zunda jarri ezin denean edo jartzea gomendatzen ez denean erabiltzen da. Prozedura egiteko modurik errazena hauxe da: kateter bat sartzea abdomeneko paretatik maskuriraino, pubisaren eta zilborraren artean ziztada eginez (larruazalean zehar). Hori posible ez denean, kirurgiara jo beharra dago.

B. INFORMACIÓN:

Mediante este procedimiento se pretende solucionar el problema de la retención de orina que sufro. El procedimiento requiere la administración de anestesia local. En caso de requerir anestesia regional, le informará el servicio de anestesia. Esta técnica se utiliza cuando el sondaje uretral no es posible o no es deseable. La forma más sencilla de realizarla es introduciendo un catéter a través de la pared del abdomen hasta la vejiga, mediante punción, entre el pubis y el ombligo (vía percutánea). Cuando esto no es posible se precisa de cirugía.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Ziztada egin ahal ez izatea.
- Heste-lakio bat zulatzea eta, ondorioz, peritonitis-arriskua izatea.
- Odoljariora, ebakuntza egin bitartean zein ondoren; ondorioak oso ezberdinak izango dira, egin beharreko tratamenduren arabera (larritasun txikienetik heriotza eragin dezakeen larritasunera). Aukera hori ez da batere ohikoa.
- Zauri kirurgikoaren ondoriozko arazoak eta konplikazioa (kirurgia irekiaren kasuan).
- Infekzioa, hainbat larritasun-mailarekin.
- Zauria irekitzea, eta, ondorioz, beste ebakuntza bat egin behar izatea.
- Fistula iragankorrak edo iraunkorrak (maskurikoak edo hesteetakoak).
- Aurreko konplikazioen baten edo orbain-prozesu anormalen ondoriozko akats estetikoak.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- La imposibilidad de llevar a cabo la punción.
- Perforación de un asa intestinal, con el consiguiente riesgo de peritonitis.
- Hemorragia tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta poder ocasionar la muerte. Esta posibilidad es muy infrecuente.
- Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica (en caso de cirugía abierta).
- Infección en sus diferentes grados de gravedad.
- Apertura de la herida que puede necesitar una segunda intervención.
- Fístulas temporales o permanentes (vesicales o intestinales).
- Defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizantes anormales.



- Jostura-materialekiko intolerantzia; baliteke beste ebakuntza bat behar izatea, materialok erazteko.
- Nerbioen lesioak eta, ondorioz, mina izatea edo sensibilitatea galtzea larruzalean.

- Intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción.
- Lesiones nerviosas que produzcan dolores o pérdida de sensibilidad en zonas de la piel.

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.

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. 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.

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. ORDEZKO AUKERAK:

Endoskopio bat erabiliz, kateter bat jartzea uretratik.

F.- ALTERNATIVAS:

Otra alternativa sería el intento de colocar un catéter endoscópicamente por la uretra.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritza judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara:

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>.

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>.

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/Ei/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