

## MUTIKOAK ERDAINTZEKO BAIMEN INFORMATUA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRCUNCISIÓN NIÑOS

#### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

#### B. INFORMAZIOA:

Prozedura honen bidez, molestiak eta infekzioak izateko arriskua txikitu nahi da. Ebakuntza hau zakil-mokoa agerian uztea eragozten duen azala (prepuzioa) kentzean datza. Batzuetan, ebakuntza egiterakoan ikusten denaren arabera, prozedura alda daiteke, tratamendurik egokiena eman ahal izateko.

Ebakuntza hau egiteko ez da ospitaleraterik behar, non eta ez dagoen konplikazio kirurgikorik. Halakorik badago, pazientea behaketan egotea aholka dezake medikuak.

Adinez txikiko pazienteen kasuan, ebakuntza anestesia orokorarekin egiten da, eta horren arriskuez anestesia zerbitzukoek informatuko zaituzte.

#### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Ebakuntza honetan, baliteke albo-ondorio edo konplikazio hauek gertatzea, baina ezohikoa da:

- Anestesiko lokalekiko erreakzio alergikoak, ondorio larriak izan ditzakeen shock anafilaktikoa ere eragin dezaketenak.
- Zauri kirurgikoaren infekzioak; horien konplikazioek organoa edo horren zati bat galtzea ekar dezakete, eta infekzio orokorra izateko arriskua. Odoljarria. Orbain antiestetikoak.
- Zakilaren puntaren inkurbazioa. Uretra-lesioa, eta fistulak agertzeko aukera. Konplikaziook oso ezohikoak dira, baina gerta daitezke.

Konplikazio horiek tratamendu medikoarekin (sendagaiak, serumak...) konpondu ohi dira, baina beharrezkoa izan daiteke berriro ebakuntza egitea.

Prozedura inbaditzaile guztietan izaten da arrisku garrantzitsuren bat, baita hiltzekoa ere, ezohikoa bada ere.

#### A. IDENTIFICACIÓN:

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

#### B. INFORMACIÓN:

Mediante este procedimiento se pretende disminuir el riesgo de molestias e infecciones. Esta intervención consiste en eliminar la piel del prepucio que no permite descubrir el glande. A veces, ante hallazgos intraoperatorios, cabe la posibilidad de realizar modificaciones en el procedimiento para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Esta intervención no requiere de ingreso, salvo complicaciones quirúrgicas por las que el médico aconseje dejar al paciente en observación.

En el caso de pacientes menores de edad la intervención se realiza con anestesia general de cuyos riesgos le informará el Servicio de Anestesia.

#### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

De dicha intervención es posible, pero no frecuente, esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- Reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico de graves consecuencias.
- Infecciones en la herida quirúrgica, cuya complicación puede conducir a la pérdida total o parcial del órgano, y riesgo de infección general. Hemorragia. Cicatrices antiestéticas.
- Incurvación del extremo del pene. Lesión uretral con aparición de fístulas. Estas complicaciones pueden producirse, pero de forma muy excepcional.

Estas complicaciones, habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad, es excepcional.

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. Medikiak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

#### F. ORDEZKO AUKERAK:

Beste aukera bat zakil-mokoan ebakidura egitea da, baina teknika osatugabea eta antiestetikoa da.

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, agintaritzak 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/>.

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:

La alternativa es la incisión prepucial, pero es una técnica incompleta y antiestética.

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/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 .....

**Legezko Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: 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