



ESPLENEKTOMIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESPLENECTOMÍA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Esplenektomia barea erauztea da, dela gaixotasuna tratatzeko dela gaixotasuna diagnostikatzeko. Batzuetan, patologiaren arabera, aldameneko organoetan jardutea behar izaten da: diafragma, pankrea, urdaila edo hestea.

Ebakuntza bi modutan egin daiteke: abdomena irekita, edo ebaki txiki batzuk eginda, tresnak eta minikamera bat sartzeko (laparoscopia). Bigarren kasu horretan, airea sartu behar da abdomeneko barrunbean ebakuntza egin ahal izateko.

Bi kasuetan, anestesia orokorra eman behar da. Baliteke ebakuntzan edo ebakuntza ondoren odola eta/edo hemoderibatuak erabili behar izatea. Horri lotutako arazorik duzun jakinarazi behar diozu medikuari. Anestesiaren arriskuez anestesiako zerbitzukoek emango dizute.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Hain larriak ez direnak: Zauri kirurgikoaren infekzioa, odol-galera edo irekitzea, flebitisa, gernua atxikitzea edo infekzioa, pleurako isuri, luzaroko molestiak operazioaren inguruan. Laparoskopiatan kasuetan: gasa larruzalpeko ehunera igarotzea edo sorbaldako mina.

Larriak edo oso larriak direnak: Fistula pankreatikoa edo digestiboa, abdomenaren barruko odoljarria, hesteetako buxadura, abdomeneko infekzioa edo abzesua, pankreatitisa, enbolia, arnas infekzioa.

Konplikazio horiek tratamendu medikoarekin konpondu ohi dira, baina baliteke prozedura endoskopiko edo erradiologikoak egin behar izatea, edo beste ebakuntza kirurgiko bat egin behar izatea, batzuetan, premiazkoa. Salbuespenez, heriotza gerta daiteke.

B. INFORMACIÓN:

La esplenectomía consiste en la extirpación del bazo, bien para tratar su enfermedad o para diagnosticarla. En ocasiones, y según la patología, puede ser necesario actuar sobre órganos vecinos: diafragma, páncreas, estómago o intestino.

La intervención puede realizarse abriendo el abdomen o a través de unas pequeñas incisiones por las que se introducen los instrumentos y una mini-cámara (laparoscopia). En este caso, es necesario introducir gas en la cavidad abdominal para poder realizar la operación.

En ambos casos se requiere la administración de anestesia general. Es posible que durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, es necesario decirle a su médico si tiene algún problema al respecto. De sus riesgos le informará el Servicio de Anestesia.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Menos graves: Infección, sangrado o apertura de la herida quirúrgica, flebitis, retención o infección de orina, derrame pleural, molestias prolongadas en la zona operatoria. En los casos de laparoscopia: extensión del gas al tejido subcutáneo o dolor en el hombro.

Graves o muy graves: Fístula pancreática o digestiva, hemorragia intraabdominal, obstrucción intestinal, infección o absceso abdominal, pancreatitis, embolia, infección respiratoria.

Estas complicaciones habitualmente se suelen resolver con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir la realización de procedimientos endoscópicos o radiológicos, o una reintervención quirúrgica, que en ocasiones puede ser urgente. Excepcionalmente pueden ocasionar la muerte.

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:

Medikuak azaldu dit nire kasuan ez dagoela beste tratamendu eraginkorragorik

G.- OHARRAK:

.....
.....

Datuen babesari buruzko oinarrizko 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 betetz. 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 ezabatze eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>.

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:

El médico me ha informado que en mi caso no existe una alternativa más eficaz de tratamiento.

G.- OBSERVACIONES:

.....
.....

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

Ordezkaria: 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