

ONDESTE-PROLAPSOAREN KIRURGIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROLAPSO RECTAL.

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Prozedura horren bidez, ondestea berriro bere lekuan jartzen ahaleginduko direla adierazi didate, sintoma hauek desagerrarazten saiatzeko: mina, inkontinentzia, idorreria edota odol isuria.

Medikuak jakinarazi didanez, ebakuntza bi modu hauetan egin daiteke: sabelaldetik (bide ireki edo laparoskopiko bidez) eta uzkitik. Horrez gain, baliteke hesteen erresekzioa egin, hesteak protesiaren (sarea) bidez finkatu edo, muki mintzaren zati bat erauzi ondoren, ondesteko muskuluak josi behar izatea. Hestea garbi egoteko, baliteke prestaketa egin behar izatea aurrez.

Baliteke kirurgia egin bitartean prozedura aldatu behar izatea, ebakuntzan aurkitutakoaren ondorioz, tratamendu egokiena emateko. Aldaketa horiek oso garrantzitsuak izango balira, senide edo legezko ordezkarietara horren berri eman eta ebakuntzarekin aurrera jarraitzeko baimena eskatuko zaie.

Medikuak ohartarazi dit, ebakuntza hau egiteko, anestesia eman behar didatela, eta ebakuntzan bertan nahiz ebakuntzaren ondoren odola eta/edo hemoderibatuak erabiltzea beharrezkoa izan daitezkeela. Horri lotutako arazorik dudak jakinarazi behar diot medikuari. Anestesiaren arriskuez anestesiako zerbitzukoek emango dizute.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Jakin badakit teknika egokia aukeratu eta behar bezala erabili arren, konplikazio hauek sor daitezkeela:

Larriak ez direnak eta maiz gertatzen direnak: zauri kirurgikoaren infekzioa eta odol-galera; flebitisa; gernu-debeku akutua eta mina, ebakuntza egindako lekuan.

Maiz gertatzen ez direnak eta larriak direnak: erabilitako teknikaren arabera, sabel barruan edo uzkiaren inguruan infekzioa sortzea; material sintetikoari alergia izatea, eta, ondorioz, material hori kendu behar izatea; besikulako eta/edo ureterreko lesioak; hesteetako fistula; estenosis eta haizeen eta eginkarien inkontinentzia.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

He sido informado que mediante este procedimiento se me va a intentar recolocar el recto en su situación habitual intentando eliminar los síntomas como molestias locales, incontinencia, estreñimiento e incluso sangrado.

El médico me ha explicado que la intervención puede hacerse por vía abdominal (abierta o laparoscópica) o a través del ano, y que puede ser necesario la resección intestinal, la fijación del intestino con material protésico ("malla") o la sutura de los músculos del recto con extirpación de una porción de la mucosa. Puede ser necesaria una preparación previa para limpiar el intestino.

También sé me ha informado de que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado. Cuando estas modificaciones sean de consideración se informará y solicitará consentimiento a la familia o representante.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que 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:

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse complicaciones:

Poco graves y frecuentes: Infección y sangrado de herida quirúrgica, flebitis, retención aguda de orina, y dolor en la zona de la operación.

Poco frecuente y grave: según la técnica utilizada puede producirse infección intraabdominal o alrededor del ano, rechazo del material sintético que puede obligar a su retirada, lesiones vesicales y/o ureterales, fístula intestinal, estenosis e incontinencia a gases e incluso a heces.

Sexu-asaldurak sor daitezke, baita inpotentzia ere. Horrez gain, gaixotasuna edo sintomak berrager daitezke edo jarrai dezakete.

Ebakuntzaren ondoren, ebakuntza orotan ohikoak diren konplikazioak gerta daitezke; esaterako: bihotz-biriketako arazoak, tronbosia, gertuaren edo zainetako kateterren infekzioak eta pazienteak lehenik zuen gaixotasunen deskompensazioa (arnasketarena, diabetearena, bihotzekoarena...).

Konplikazio horiek, eskuarki, tratamendu mediko bidez sendatzen dira (sendagai, serum eta abar bidez), baina, zenbaitetan, ebakuntza berriz egin beharko da, presazko ebakuntza, normalean. Horrelakoetan, heriotza gertatzeko arriskua oso txikia da.

Ospitaleak baditu zailtasun horiei aurre egiteko beharrezko bitartekoak.

Medikuak adierazi dit teknika honetarako beharrezkoa izan daitekeela aurretik prestatzea, batzuetan berezitasunen batekin (prestateta osorik gabe ere egitea balitekeen arren).

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. Medikuak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Medikuak azaldu dit nire kasuan ez dagoela beste tratamendu eraginkorragorik.

G.- OHARRAK:

.....
.....
.....

Puede producirse alteraciones sexuales llegando incluso a la impotencia. Reproducción o persistencia de la enfermedad o de sus síntomas.

Después de la cirugía puede aparecer cualquiera de las complicaciones propias de cada cirugía: problemas cardiopulmonares, trombosis, infecciones de orina o de los catéteres venosos, descompensaciones de enfermedades previas (respiratorias, diabetes, cardíacas, etc.).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un bajo riesgo de mortalidad

El hospital dispone de los medios necesarios para tratar estas complicaciones.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como (aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).

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 explicado que en mi caso no existe otra alternativa más eficaz de tratamiento.

G.- OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

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