Osakidetza

ARABA ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA

GIBELA ERAUZTEKO BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN HEPÁTICA

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Gibelaren zati gaixoa kirurgia bidez erauziko, gaixotasunak aurrera egiten duenean konplikaziorik ez sortzeko, edo sortuz gero, horiek arintzeko.

Litekeena da ebakuntzan behazuna, behazun-hodiak edo gaixotasunak erasandako beste organo batzuk ere kendu behar izatea, eta, batzuetan, agian, heste meharrarekin loturak egin beharko dira.

Ebakuntza bi modutan egin daiteke: abdomena irekita, edo ebaki txiki batzuk eginda, tresnak eta minikamera bat sartzeko (laparoskopia). 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 dudan jakinarazi behar diot medikuari. Anestesiaren arriskuez anestesiako zerbitzukoek emango dizute.

B. INFORMACIÓN:

La resección hepática consiste en la extirpación quirúrgica de la parte del hígado enfermo, para evitar o aliviar las complicaciones derivadas de la progresión de la enfermedad.
Durante la intervención puede ser necesario extirpar además la vesícula biliar, conductos biliares u otros órganos afectados por la enfermedad, siendo preciso en algunos casos la reconstrucción mediante uniones a intestino delgado.
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. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Hain larriak ez direnak: Zauri kirurgikoaren infekzioa, odol-galera edo irekitzea, flebitisa, gernu-debekua, digestioaren nahasmendua, luzaroko molestiak operazioaren inguruan. Laparoskopiaren kasuetan: gasa larruazalpeko ehunera igarotzea edo sorbaldako mina.

Larriak edo oso larriak direnak: Odoljario hepatikoa, abdomeneko infekzioa edo abzesua, kolangitisa (behazun-hodien infekzioa), behazun-fistula, hesteetako buxadura, pankreatitisa, enbolia, pneumonia, ikterizia, gibeleko gutxiegitasun.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Menos graves: Infección, sangrado o apertura de la herida quirúrgica, flebitis, retención 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: Hemorragia hepática, infección o absceso abdominal, colangitis (infección de los conductos biliares), fístula biliar, obstrucción intestinal, pancreatitis, embolia, neumonía, ictericia, insuficiencia hepática.

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.

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:

Erradiologia interbentzionistako edo endoskopikoko prozedura batzuk kirurgiaren alternatiba izan daitezke, baina medikuak jakinarazi dit nire kasuan aukera onena kirurgikoa dela.

G.- OHARRAK:

.....

.....

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.

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:

Existen procedimientos de radiología intervencionista o endoscópicos que pueden ser una alternativa a la cirugía, pero el médico me ha informado que en mi caso, la mejor opción, es la quirúrgica.

G.- OBSERVACIONES:

.....

.....

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 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: http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos.

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 .....

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 .....