



## HESTEA ERAUZTEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN INTESTINAL.

### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

### B. INFORMAZIOA:

Horren bidez, kaltetutako hestea erauzi (bide ireki edo laparoskopiko bidez) eta/edo horrek eragindako sintomak (odoljarria, zulaketa, buxada...) sendatu nahi dira; izan ere, horiek ebakuntza berehala egitea eskatzen dute.

Horren ondoren, hestea josi egingo da jarraitutasuna eman ahal izateko. Horrez gain, jakinarazi didate, kirurgia egiten ari direnean topatutako zerbaitengatik, prozedura-aldaketaren bat gerta daitekeela, ahalik eta tratamendurik egokiena eman ahal izateko. Aldaketa horiek oso garrantzitsuak izango balira, familiari edo ordezkariari horren berri eman eta operazioarekin aurrera jarraitzeko baimena eskatuko diote.

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

### 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 odolgalera; flebitisa; gernu-debeku akutua; beherakoa; hesteak bere onera itzultzeko arazoak (hori sendatzeko serum bidezko tratamendu luzea beharko litzateke); eta mina, ebakuntza egindako lekuan.

**Maiz gertatzen ez direnak eta larriak direnak:** zauri kirurgikoa irekitzea; abdomenaren barneko infekzioa; hesteetako fistula, jostura orbaintzean izandako akatsagatik; odoljarria; hesteetako buxada, eta abar.

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

### A. IDENTIFICACIÓN:

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

### B. INFORMACIÓN:

Mediante este procedimiento se pretende extirpar el intestino enfermo (bien por vía abierta o bien por vía laparoscópica) y/o solucionar sus síntomas (sangrado, perforación, obstrucción,...) que precisarían intervención urgente.

Posteriormente se suturará el intestino para restaurar su continuidad. También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado. Cuando estas modificaciones sean de consideración se informará y solicitará consentimiento a familia/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 me 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, diarrea, retraso en la recuperación del ritmo intestinal, que puede requerir tratamiento prolongado con sueros, y dolor en la zona de la operación.

**Poco frecuentes y graves:** apertura de la herida quirúrgica, infección intraabdominal, fístula intestinal por fallo en la cicatrización de la sutura, hemorragia, obstrucción intestinal, etc.

Después de la cirugía pueden 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...).

Konplikazio horiek, eskuarki, tratamendu mediko bidez sendatzen dira (sendagai, serum eta tankerakoen bidez); baina, zenbaitetan, ebakuntza horiek berriz egin beharko dira – presazko ebakuntzak izaten dira normalean-. Horrelakoetan, heriotza gertatzeko arriskua txikia da.

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:**

Medikak azaldu dit nire kasuan ez dagoela beste tratamendu eraginkorragorik.

**G.- OHARRAK:**

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

**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**

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 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:**

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

**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