

HODI TIROGLOSOKO KISTEA ERAUZTEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN DEL QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA

- Hodi tiroglosoko kistea tiroide guruinaren enbrioi-hondar bat da, lepoan geratu dena. Sortzetiko akats bat da, eta zenbait arazo ekar ditzake; eskuarki, infekzioak. Batzuetan, oso ezohikoa bada ere, gaiztotu ere egin daiteke. Arazo horiei aurre egiteko, kistea erauztea aholkatu ohi da.
- Anestesia orokorra erabiliz erauzi ohi da. Ebaki bat egiten da lepoan, kistearen ibilbideari eta haren fistula-ibilbideari jarraituz, normalean mihiaren oinarriraino.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Nahi gabeko ondorioak ekar ditzake, adibidez:

- **Larritasun txikiko eta maiztasun handiko arriskuak:** Zauri kirurgikoaren infekzioa, odoljarioa edo orbaintzearen nahasmenduak. Irensketa-nahasmendu iragankorrak eta mina ebakuntza egin den aldean. Tratamendu medikoarekin kontrolatu ohi da mina.
- **Maiztasun txikiko baina larritasun handiagoko arriskuak:**
- Hematoma handiak lepoan. Arnasbideak konprimatu eta arnasa-hartzea zaildu dezakete. Horrelako kasu batean, presazko beste ebakuntza bat egin beharko da agian.
- Kistea berriro sortzea. Bereziki aurrez infektatuta zeudenak edo fistula-ibilbide ugari zituztenak.

Konplikazio horiek, eskuarki, tratamendu mediko bidez sendatzen dira; baina, zenbaitetan, ebakuntzak egin beharko dira berriz -presazko ebakuntzak izaten dira normalean-. Horrelakoetan, heriotza gertatzeko arriskua txikia da. Ospitaleak baditu horrelako konplikazioei aurre egiteko beharrezkoak diren bitartekoak.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

- El quiste del conducto tirogloso se forma por la persistencia en el cuello de un resto embrionario de la glándula tiroides. Es un defecto congénito que puede dar lugar a diferentes problemas, fundamentalmente infecciones, e incluso, aunque es muy raro, puede malignizarse. Su extirpación está indicada para evitar estos problemas.
- La extirpación se realiza bajo anestesia general mediante una incisión en el cuello para seguir el recorrido del quiste y de su trayecto fistuloso que en general llega hasta la base de la lengua.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Pueden presentarse efectos indeseables que pueden ser:

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Alteraciones transitorias de la deglución y dolor en la zona de la operación. El dolor suele controlarse con tratamiento médico.
- **Riesgos poco frecuentes pero más graves:**
- Hematomas importantes del cuello que pueden comprimir la vía respiratoria y dificultar la respiración, en este caso puede ser necesaria una nueva intervención urgente.
- Reproducción del quiste. Sobre todo en los infectados previamente o que tienen varios trayectos fistulosos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte. El hospital dispone de los medios necesarios para tratar estas posibles complicaciones.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

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:

Ez dago beste aukerarik. Ebakuntza egiten ez bada, kistea handitu egingo da, noizean behin infektatu egingo da, deformazio estetiko bat sorraraziko du eta hurbileko egiturak konprimatuko ditu. Gainera, erauziz gero aztertu ahal izango dugu, eta beste lesio motaren bat dagoen baztertu ahal izango dugu.

G.- OHARRAK:

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

D. AVÍSEÑOS:

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:

No existen. En el caso de no realizarse la intervención el quiste crecerá, se infectará ocasionalmente y producirá una deformidad estética con compresión de estructuras vecinas. Además, su extirpación nos permitirá analizarlo y descartar que existan otro tipo de lesiones.

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