



HEMORROIDEEN TRATAMENDU KIRURGIKORAKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMORROIDES

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Hemorroideak dituzula diagnostikatu dizute. Gaixotasun honi buruzko informazioa duzu orri honekin batera.

Hemorroidektomia, odoluzkiak kirurgia bidez kentzea, metodorik onena da gaixotasuna behin betiko desagerrarazteko.

Odoluzki-ehun gehiegizkoa kentzen da, anestesia orokor edo bizkarrezurrekoarekin; ospitaleratu behar da eta 7-14 egunez utzi behar da lana.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Anestesiaren arriskuak oso txikiak dira, teknika hau gaur egun oso segurua baita.
- Gutxitan izaten da bihotz-biriketako nahasmendurik, aurrez gaixotasunik ez badago.
- Maiz samar hemorragiak eta/edo hematoma izaten dira operatutako tokian, baina oso gutxitan operatu beharko da berriz.
- Zenbaitetan infekzioak izaten dira operatutako tokian. Normalean ez dira garrantzi handikoak izaten; gutxi batzuetan, orokortua eta larria izan daiteke.
- Gernu-debekua, batez ere bizkarrezurreko anestesia erabili bada; kasu horretan, gernuzunda beharko duzu aldi batez.
- Ezohikoa bada ere, batzuetan uzkiaren estugunea (estenosis) edo haize edo gorozkien inkontinentzia gertatzen da. Inkontinentzia tratatzeko, baliteke berriz operatu behar izatea.
- Oso ohikoa da ebakuntza osteko mina izatea, batez ere libratu ondoren; mina arintzeko ahalmen maila ezberdinetako analgesikoak eman ohi dira.
- Oso ohiz kanpokoak da ebakuntza mota honen ondorioz heriotzarik gertatzea.

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

Ud. ha sido diagnosticado de hemorroides. Se adjunta hoja informativa acerca de dicha enfermedad.

La hemorroidectomía o extirpación quirúrgica de las hemorroides es el mejor método para el tratamiento definitivo de la enfermedad.

Se elimina el tejido hemorroidal excesivo bajo anestesia general o raquídea con ingreso hospitalario y precisando una inactividad laboral de 7-14 días.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Los riesgos de la anestesia son escasos pues es una técnica muy segura en el momento actual.
- Son raros los trastornos cardiorrespiratorios sin enfermedad previa.
- De manera relativamente frecuente se producen hemorragias y/o hematomas en la zona operada que sólo de forma excepcional pueden obligar a una reoperación.
- En ocasiones hay infecciones de la zona operada, generalmente de poca importancia y que muy raramente pueden llegar a una infección generalizada grave.
- Retención de orina, sobre todo en casos de anestesia raquídea, precisando un sondaje urinario temporal.
- La estrechez del ano (estenosis) o incontinencia para gases o heces son raras. Pueden necesitar una reoperación para su tratamiento.
- Es muy frecuente el dolor postoperatorio, sobre todo tras las deposiciones, para el que se administran medicaciones analgésicas más o menos potentes de manera habitual.
- Es excepcional la probabilidad de fallecimiento por este tipo de operación.

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. Medikatuak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Informazio-orrian bestelako aukerei buruzko informazio duzu, baita horien abantaila eta arazoei buruzkoa ere.

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:

Existen otras alternativas explicadas en la hoja informativa, con ventajas e inconvenientes.

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