



PARATIROIIDEAK ERAUZTEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN DE PARATIROIDES

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Lepoan egiten den ebaki batetik, paratiroide-guruinen erauzketa egiten da, partziala edo erabatekoa. Batzuetan, guruinak erauzi ondoren, guruinen autotransplante bat egin behar da. Horretarako, ehun muskularrean paratiroide-zati bat ezartzen da. Beste batzuetan, paratiroide-guruinaren kokapenak hala eskatzen badu, gerta liteke tiroidearen zati bat erauzi behar izatea. Ezohikoa bada ere, kasu batzuetan ezin izaten dira guruin guztiak aurkitu, eta bigarren ebakuntza bat egin beharko da, beraz. Zenbaitetan, guruinaren erauzketaren ondorioz, medikamentuak hartu behar izaten dira.

Kirurgia hau ospitaleratuta zein ospitaleratu gabe (Kirurgia Nagusi Anbulatorioaren Unitatea erabiliz) egin daiteke.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Arinak: Infekzioa, zauri kirurgikoa odolatan hastea edo orbaintzearen nahasmenduak agertzea, kalanbreak eta inurridura iragankorrak eskuetan (tratamenduarekin desagertu ohi dira), irenketaren nahasmendu iragankorrak, ahotsaren nahasmendu iragankorrak, ebakuntza egin den aldean minak luze irautea.

Larriak: Lepoko hematoma, ahotsaren nahasmendu iraunkorrak, odoleko kaltzio-mailaren jaitsiera iraunkorra. Nahiz eta operatu, gaixotasuna berriz ager 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.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de las glándulas paratiroides a través de una incisión en el cuello. En ciertas ocasiones tras la extirpación de las glándulas se debe realizar un autotrasplante glandular que consiste en implantar un fragmento de paratiroides en tejido muscular. En otras circunstancias según la localización de la glándula paratiroides puede ser necesario extirpar una parte del tiroides. En casos pocos frecuentes no es posible localizar todas las glándulas, siendo necesaria una segunda operación. Algunas veces la extirpación de la glándula conlleva la necesidad de tratamiento con medicamentos.

Esta cirugía puede realizarse con ingreso o sin él mediante la utilización de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Leves: Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento, alteraciones transitorias de la deglución, alteraciones transitorias de la voz, dolor prolongado en la zona de la operación.

Graves: Hematoma del cuello, alteraciones permanentes de la voz, disminución permanente de los niveles de calcio en sangre. A pesar de la intervención la enfermedad puede reproducirse.

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

D. AVÍSEOS:

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.- ARRISKU PERTSONALAK:

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Medikuek jakinarazi dit nire kasuan ez dagoela tratamendu-metodo eraginkorragorik

G.- OHARRAK:

.....

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 método 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