



BABES ILEOSTOMIAN EUSKARRI EFERENTEA BIRGAITZEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REHABILITACIÓN DEL ASA EFERENTE EN LA ILEOSTOMIA DE PROTECCIÓN

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Jakinarazi didate prozedura honen bidez saiatuko direla eginda dudan babes-ileostomia berreraikitzearen eta ixtearen ondoriozko konplikazioak gutxitzen.

Medikuak/estomaterapeutak azaldu didanez, teknika estoma desfuntzionalizatuaren zulotik irrigazioak (fisioenemak eta lodierak) erabiltzean datza.

Hori gauzatzeko, denboraldi batez teknika egiten trebatuko naiz, eta, ondoren, nire etxean egin ahal izango dut (edo zaintzaile batek edo senide batek).

Medikuak ohartarazi dit prozedurak ez duela anestesiarik eta ospitaleratzetik behar.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Ulertzen dut, teknika behar bezala egiteko hartu diren neurriak gorabehera, konplikazio bakanak ager daitezkeela.
 - Ez oso larriak eta ohikoak: sabelaldeko distentsioa, meteorismoa, hipotentsioa eta zorabioa, beherakoa eta inkontinentzia fekala, baita estoma mailako odoljario txikiak ere.
 - Ez oso ohikoa eta larria: oso gutxitan eta salbuesenezko kasuetan, hestearen lesioa gerta daiteke (urradura edo heste-zulaketa), estomaren zulotik irrigazio-zunda sartzean.
- Konplikazio horiek tratamendu medikoarekin konpontzen dira normalean (botikak, serumak, etab.), baina baliteke beste ebakuntza bat behar izatea, gehienetan larrialdikoa, hilkortasun-arrisku txikia barne.
- Ospitaleak baditu konplikazio horiek tratatzeko behar diren baliabideak.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

He sido informado que mediante este procedimiento se me va a intentar disminuir las complicaciones derivadas de la reconstrucción y cierre de la ileostomía de protección que tengo realizada.

El médico/estomaterapeuta me ha explicado que la técnica consiste en el uso de irrigaciones (fisioenemas y espesantes) a través del orificio del estoma desfuncionalizado.

Para llevarlo a cabo, durante un periodo de tiempo seré adiestrado en la realización de la técnica y, posteriormente, lo podré realizar en mi domicilio (o bien un cuidador o familiar).

El médico me ha advertido que el procedimiento no requiere anestesia ni hospitalización.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Comprendo que, a pesar de las medidas adoptadas para la correcta realización de la técnica, pueden presentarse raras complicaciones
 - Poco graves y frecuentes: distensión abdominal, meteorismo, hipotensión y mareo, diarrea e incontinencia fecal, así como pequeñas hemorragias a nivel del estoma.
 - Poco frecuente y grave: muy raramente y en casos excepcionales puede llegar a producirse lesión del intestino (laceración o perforación intestinal) al introducir la sonda de la irrigación por el orificio del estoma.
- Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un bajo riesgo de mortalidad.
- El hospital dispone de los medios necesarios para tratar estas 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:

Medikuak azaldu dit, nire kasuan, hori izango litzatekeela hesteak sendatzeko alternatibarik eraginkorrena, igarobidea berreraiki ondoren.

G.- OHARRAK:

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

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, esta sería la alternativa más eficaz de tratamiento para la recuperación intestinal tras la reconstrucción del tránsito.

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/Ei/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