



EUSKARRI MEKANIKOETARAKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SUJECCIÓN MECÁNICA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Lotura mekanikodun mugimenduaren murrizketa erabiltzea komeni da gaixo bat asaldatuta dagoenean, kontrako jarrera duenean edo kontrolatzeko aukerarik ez duen egoera nahasian dagoenean, eta alde zuzenetik beste neurri batzuek huts egin dutenean, hala nola hitzezko euspenak, distrazio-teknikak aplikatzea edo psikofarmakoak ematea.

Lotura mekanikoa da prozedura fisiko eta mekanikoak erabiltzea, hala nola, eskuzorroak, gerrikoak, eskumuturrekoak, orkatilakoak, petoak eta abar, paziente baten zati baten edo gorputz osoaren mugimenduak mugatzeko.

Hainbat indikazio daude, besteak beste, bere buruari edo hirugarrenei berehalako kalteak prebenitzea, aseguramendu terapeutikoa, baldin eta pazientearen edo beste batzuen bizitza edo osasuna larriki arriskuan jartzen badu, eta pazienteak hala eskatzen badu kontrola galtzeko aurreikuspenaren edo beldurraren aurrean eta justifikazio klinikoaren pean.

Murrizketa erabiltzearen ezaugarri nagusia da aplikatzeko beharra larrialdiko testuinguru batean agertzen dela, eta, oro har, pazienteen borondatearen aurka.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Ez dira oso ohikoak, eta aldatu egiten dira erabilitako euste-motaren arabera. Arrisku handienekoak bronkoaspirazioa, zainetako tronbosi sakona, infekzioen maiztasuna handitzea, biriketako tronboembolismoa, asfixia, nerbioen konpresioa edo itotzea eta arrisku txikiagoak eragin ditzakete: urradurak, asaldura, presio bidezko ultzerak edo hematoma.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

El uso de la restricción de movimiento con sujeción mecánica está indicado cuando un paciente se encuentra agitado, manifiesta una conducta hostil o se encuentra en un estado confusional sin posibilidad de control, y siempre que hayan fracasado previamente otras medidas, como la contención verbal, la aplicación de técnicas de distracción o la administración de psicofármacos.

La sujeción mecánica es el uso de procedimientos físicos y mecánicos como manoplas, cinturones, muñequeras, tobilleras, petos etc... dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente.

Hay diferentes indicaciones, entre las que se encuentran la prevención de daños inminentes a sí mismo o a terceros, el aseguramiento terapéutico, siempre que comprometa seriamente la vida o la salud del paciente o de otros y a petición del paciente ante la previsión o miedo a la pérdida de control y bajo justificación clínica.

La principal característica que tiene el uso de la restricción, es que la necesidad de aplicarla suele presentarse en un contexto de urgencia y, por lo general, en contra de la voluntad de los pacientes.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Son muy poco frecuentes y varían según el tipo de sujeción utilizada. Las de mayor riesgo pueden provocar broncoaspiración, trombosis venosa profunda, aumento de la frecuencia de infecciones, tromboembolismo pulmonar, asfixia, compresión de nervios o estrangulación y las de menor riesgo: laceraciones, agitación, úlceras por presión o hematomas,

D.- HAU ADIERAZTEN DUT:

Arabako ESIko osasun-langileek nire senidearen/hurbilekoaren egoera klinikoari buruzko informazioa eman didate, bai eta egoera hori aldi baterako lotura mekanikoaren bidez kontrolatu beharri buruzkoa ere.

Aurretik beste aukera batzuk saiatu dira, baina porrot egin dute. **Saiatutako aukerak:**

- Hitzezko euspena
- Distrakzio-teknikak
- Ahozko medikamentua
- Botika parenterala
- Lagun egitea
- Ez zegoen aukerarik
- Beste batzuk.....

Loturaren abantailak eta desabantailak azaldu zaizkit.

Lotura hori ohean edo aulkian egingo da, eta eusteko hainbat puntu izango ditu, pazientearen egoeraren arabera.

Behar den euste mota..... Iraupena:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 puntu | <input type="checkbox"/> Jarraitua |
| <input type="checkbox"/> 5 puntu | <input type="checkbox"/> Aldizkakoa |
| <input type="checkbox"/> Eskuzorroak | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Petoa | |

Era berean, jakinarazi didate egoera horrek arreta handiz zaindu behar dutela osasun-langileek, nire familia/hurbilekoaren zainetak bermatzeko, eta lotura hori gaixoaren egoerak uzten duen unean bukatuko dela.

Jasotako informazioa ulertu dut, eta zalantzak eta azalpenak eman ahal izan ditut, eta badakit edozein unetan erabakia atzera bota dezakedala.

D.- DECLARO QUE:

He sido informado/a por el personal sanitario de la OSI Araba de la situación clínica de mi familiar/allegado y de la necesidad de controlar la misma mediante sujeción mecánica de forma temporal.

Se han intentado previamente otras alternativas, pero han fracasado. **Alternativas intentadas:**

- Contención verbal
- Técnicas de distracción
- Medicación oral
- Medicación parenteral
- Acompañamiento
- No había opción
- Otras.....

Se me han explicado las ventajas e inconvenientes de la sujeción.

Esta sujeción se realizará en cama o en silla, con diferentes puntos de sujeción según requiera la situación del paciente.

Tipo de sujeción que se precisa:

- 3 Puntos
- 5 puntos
- Manoplas
- Peto

Duración:

- Continua
- Intermitente
-

He sido también informado de que tal situación precisa de una vigilancia cuidadosa realizada por el personal sanitario con el fin de garantizar los cuidados de mi familia/allegado y que esta sujeción finalizará en el momento en que la situación del enfermo lo permita.

He comprendido la información recibida y he podido formular las dudas y aclaraciones precisas y tengo conocimiento de poder revocar en cualquier momento mi decisión.

Datuen babesari buruzko oinarriko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klidatuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetza osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatze eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

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