



HISTEROSONOGRAFIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTEROSONOGRAFÍA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

jauna/andrea _____ urtekoa, helbidea:
eta _____ NAN/Pasaporte.
jauna/andrea.
_____ urte dituena _____
NAN/Pasaporte duena
jaun/andrearen (legezko ordezkari, familiako edo hurbileko) arduradun gisara.

B. INFORMAZIOA:

Histerosonografia miaketa osagarri bat da, eta, batzuetan, ekografia ginekologikoari buruzko informazioa zabaltzen du, umetokiaren barrualdearen ezaugarriei edo tronpen iragazkortasunari dagokienez.

Proba anbulatorioa da, eta gatz-soluzio esteril bat sartzen da umetoki-barrunbearen barrunbean. Horri esker, errazagoa da barrunbeko pareta (endometrioa) miatzea, eta erraz mugatu eta neur daiteke.

Haren indikazio nagusiak Baginako ekografiaren aurkikuntza jakin batzuen aurrean sortzen dira, batez ere endometrio lodi edo ez-eztabaideazin baten aurrean, polipoak, mioma submukosoak edo itsaspenak daudela baztertu edo berresteko, eta haien azterketa handitzeko egoera berezietan, hala nola metrorragia anormal edo postmenopausikoan, tamoxifeno bidezko tratamenduan edo ebakuntza ondoko kontrolean, batzuetan histeroskopía diagnostiko bat egitea ordezkatuz.

Helburua tronpak iragazkorra diren aztertzea bada, gel esterila sartuko da gatz-disoluzio esterilaren ordez.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

Dª. _____ de _____ años de edad, con domicilio _____ y con DNI/Pasaporte. nº _____, D./Dña.

de _____ años de edad, con DNI/Pasaporte _____ en calidad de (representante legal, familiar o allegado), de Dña.

B. INFORMACIÓN:

La histerosonografía es una exploración complementaria que en determinadas ocasiones amplía la información de la ecografía ginecológica en relación a las características del interior del útero o a la permeabilidad de las trompas.

Es una prueba ambulatoria que consiste en la introducción de una solución salina estéril en el interior de la cavidad uterina lo que facilita la exploración de la pared de la cavidad (endometrio) y permite su fácil delimitación y medición.

Sus principales indicaciones surgen ante determinados hallazgos de la ecografía transvaginal, principalmente ante un endometrio engrosado o no concluyente, para descartar o confirmar la presencia de pólipos, miomas submucosos o adherencias y ampliar su estudio en situaciones particulares como en la metrorragia anormal o postmenopáusica, el tratamiento con tamoxifeno o el control postoperatorio, sustituyendo en ocasiones a la realización de una histeroscopia diagnóstica.

En caso de que el objetivo sea estudiar si las trompas están permeables, se introduce un gel estéril en lugar de la solución salina estéril.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Ondo onartutako frogua da. Batzuetan, abdomeneko mina (hilekoaren antzekoa), baginako odoljarioa edo infekzioa (% 1etik beherakoa) ager daiteke.

Batzuetan, espezialistaren irizpidearen arabera, tratamendu antibiotikoa edo antinflamatorio ez-esteroideo motako medikazio analgesikoa (ibuprofenoa proba egin baino ordubete lehenago) ematea gomendatuko zaio frogua egin baino lehen.

Miaketaren ondoren, serum fisiologikoa edo erabilitako gela baginatik ateratzeko da.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

D. JAKINARAIZI:

Arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzaketenez, beharrezkoa da hurrengo hauek jakinaraztea: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren aldaketak, gaixotasun kardiopulmonarrak, protesirik baduzun, egun hartzen dituzun medikamentuak eta antzekoak.

E. PERTSONA BAKOITZAREN ARABERAKO ARRISKUAK:

Baliteke pertsona bakoitzaren ezaugarri bereziek eta gaixotasunek (diabetesa, hipertensio arteriala, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzakete. Medikuak zure kasuan izan daitezkeen arriskuak jakinarazi dizkizu.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Tratamendu honen alternatiba histeralpingografia bat egitea litzateke.

C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Es una prueba bien tolerada. En alguna ocasión puede aparecer dolor abdominal (similar al de la menstruación), sangrado vaginal o infección (inferior al 1 %).

En ocasiones, a criterio del especialista, previa a su realización, se le recomendará la administración de tratamiento antibiótico o de medicación analgésica tipo antinflamatorio no esteroideo (ibuprofeno 1 hora antes de la prueba).

Tras la exploración, el suero fisiológico o el gel utilizado irá saliendo por la vagina.

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

D.- AVISENOS:

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:

La alternativa a este tratamiento sería la realización de una histeralpingografía.

Datuen babesari buruzko oinarrizko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatzeko 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, agintaritza judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honekara:

<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 ONDOREN. BERAZ, ZER
EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU OSTEAN, 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.

Paziente / 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

Legezko Ordezkaria: pazientea ezgaituta badago edo adingabea bada / Representante legal: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NANa 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

Ulertzen dut zenbaiteneko irismena eta arriskuak dituen adierazitako procedura EZ BETETZEAK. Eta baldintza horietan erabiltzen dut atzera egiteko eskubidea.

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