



## ENDOMETRIKO BIOPSIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE ENDOMETRIO

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....

### B. INFORMAZIOA:

Umetokiaren barruko aldea (matrizea) estaltzen duen ehuna ebaluatzeko prozedura ambulatorioa da. Baginatik sartzen da. Kanula mehe bat sartzen da umetoki-lepoan, eta aurrerantz eta atzerantz mugitzen da, ehunaren lagina lortzeko xurgapena aplikatzen den heinean.

Umetoki-barrunbean egon daitezkeen arazoan diagnostiko anatomopatologikoa egiteko aukera ematen du.

Prozedurak minutu bat irauten du eta mingarria izan daiteke.

Pazienteak biopsia egin aurretik gosalduta dezake. Ondoren, bizimodu normala egin dezake, min handirik ez badu; halakoetan, ibuprofeno edo paracetamol gisako analgesiko bat hartuko du, ibuprofenoa onartzen ez badu.

### C.- ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Prozedura segurua eta ondo onartua da. Hala ere, konplikazio batzuk ager daitezke, normalean arinak. Hona hemen:

- Mina, biopsia egitean nahiz ondorengo orduetan. Arina izaten da.
- Erreakzio bagala. Izerditzea, zorabioa, hipotentsioa (tentsio-jaitiera) eta, kasu bakanetan, konorte-galera gertatzen da, eta, batzuetan, atropina izeneko botika bat eman behar izaten da. Normalean, iragankorra da, eta minutu batzuetan uzten du.
- Infekzio pelbikoa edo abdominala. Endometriko biopsiaren konplikazio oso ezohikoa da.
- Umetokia zulatzea eta abdomen-barrunbera igarotzea; horrek behaketan ospitaleratzea eta, kasuren batean, ebakuntza kirurgikoa egitea eragin dezake. Salbuespenekoa da.

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

### A. IDENTIFICACIÓN:

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

### B. INFORMACIÓN:

Se trata de un procedimiento ambulatorio realizado para evaluar el tejido que recubre la parte interior del útero (matriz). Se accede a través de la vagina. Se inserta una cánula delgada a través del cuello uterino y se mueve hacia delante y atrás, a medida que se aplica succión para obtener una muestra del tejido.

Permite un diagnóstico anatomopatológico de los problemas que pueden existir en la cavidad uterina.

El procedimiento dura 1 minuto y puede resultar doloroso.

La paciente puede desayunar antes de la biopsia. Posteriormente, puede hacer vida normal siempre que no tenga dolor intenso, en cuyo caso, tomará un analgésico tipo ibuprofeno o paracetamol si no tolera el ibuprofeno.

### C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Se trata de un procedimiento seguro y bien tolerado. No obstante, se pueden presentar algunas complicaciones, habitualmente leves, que relacionamos a continuación:

- Dolor, tanto al realizar la biopsia como en las horas posteriores. Suele ser leve.
- Reacción vagal. Consiste en un cuadro de sudoración, mareo, hipotensión (bajada de tensión) y en casos aislados pérdida de conocimiento, que, en ocasiones, precisa la administración de un fármaco llamado atropina. Habitualmente es transitorio y cede en unos minutos.
- Infección pélvica o abdominal. Se considera una complicación muy poco habitual de la biopsia endometrial.
- Perforación uterina y paso a la cavidad abdominal, lo que puede provocar ingreso en observación y en algún caso una intervención quirúrgica. Es excepcional.

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

**C. JAKINARAZI:**

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.

**D. PERTSONA BAKOITZAREN ARABERAKO ARRISKUAK:**

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

**E. ORDEZKO AUKERAK:**

Biopsia umetoki-barrunbearen analisi anatomopatologikorako ohiko prozedura da. Beste aukera bat histeroskopia egitea litzateke (barrunbea barrutik ikustea, bideo-kamera baten bidez), biopsia hartzea ekar dezakeena.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak 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 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 honetara: <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**

**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 biopsia es el procedimiento habitual para el análisis anatomopatológico de la cavidad uterina. Otra alternativa sería la realización de histeroscopia (visualización de la cavidad desde el interior, con una cámara de vídeo) que puede conllevar la toma de biopsia.

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>

**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 .....

**/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 .....

**Ordezkaria: 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.....