



INDOZIANINAREN ERRESERBA FUNTZIONAL HEPATIKO-BERDEA PROBATZEKO BAIMEN  
INFORMATUA /  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA RESERVA FUNCIONAL HEPÁTICA-VERDE DE  
INDOCIANINA

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Proba honen helburua funtzioa eta gibekeko erreserba globala ezagutzea da, koloratzaile bat erabiliz (indozianina-berdea).

Gibelaren funtzioa ebaluatu ahal izateko ohiko probek ez dute bere funtzioa modu globalean neurtzen, baizik eta funtzio partzialak baloratzen dituzte. Batez ere gibeletik ezabatzen diren indozianina-berdea bezalako koloratzaileek funtzio hori modu globalagoan ebaluatzeko aukera ematen digute.

Indozianina-berdea zain barnetik ematen da; horretarako, zain-bide periferiko bat bideratu beharko da. Proba ospitalizazio-gune batean egingo da, normalean eguneko ospitalean, mediku intentsibista bat bertan dela.

Oxigeno-mailak neurtzeko erabiltzen denaren antzeko monitore batera konektatutako sentsoare optiko ez-inbaditzaile baten bidez, organismoaren indozianina-berdearen kontzentrazioa eta kanporatzea etengabe monitorizatzen da. Injekziotik 8-10 minutu igaro ondoren, emaitzak erakusten dira monitorean, eta proba amaitutzat ematen da. Ez da beharrezkoa gerora mediku-kontrolik egitea.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Indozianina-berdea ematea ondo onartu ohi da.

Nahi ez diren efektu **arinak** deskribatu dira, hala nola goragalea, urtikaria, larruazaleko erupzioa eta takikardia; erreakzio anafilaktoideak, hala nola espasmo laringeoak, bronkoespasmoak eta hipertentsio arteriala; eta, **oso salbuespen gisa**, shock anafilaktikoa. Konplikazio horiek guztiek tratamendua dute, baina, salbuespen gisa, heriotza eragin dezakete.

B. INFORMACIÓN:

El objetivo de esta prueba es conocer la función y la reserva hepática global mediante el uso de un colorante (verde de indocianina).

Las pruebas habituales para poder evaluar la función del hígado no miden su función de forma global, sino que valoran diferentes funciones parciales. Colorantes como el verde de indocianina, que se eliminan fundamentalmente por el hígado, nos permiten evaluar esta función de una forma más global.

El verde de indocianina se administra por vía endovenosa; para ello, se deberá canalizar una vía venosa periférica. La prueba se realizará en una zona de hospitalización, habitualmente en el hospital de día, estando presente un/a médico/a intensivista.

Mediante un sensor óptico no invasivo conectado a un monitor, similar al empleado para medir los niveles de oxígeno, se monitoriza de forma continua la concentración y eliminación del verde de indocianina del organismo. Transcurridos 8-10 minutos de la inyección se muestran los resultados en el monitor, dando por terminada la prueba. No precisa control médico posterior.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

La administración de verde de indocianina suele ser bien tolerada.

Se han descrito efectos indeseables **leves** como náuseas, urticaria, erupción cutánea y taquicardia; reacciones anafilactoides como espasmos laringeos, broncoespasmos e hipertensión arterial; y **muy excepcionalmente** casos de shock anafiláctico. Todas estas complicaciones tienen tratamiento aunque, excepcionalmente, pueden llegar a ocasionar la muerte.



OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

#### D. JAKINARAZ IEZAGUZU:

Honako hauen berri eman behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazio-asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo botikak edo beste edozein inguruabar, izan ere, arrisku edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete.

#### E. ARRISKU PERTSONALIZATUAK:

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

#### F. ORDEZKO AUKERAK:

Analisi hepatico konbentzionalak eta irudi-probak (ekografia abdominala, OTA, erresonantzia magnetikoa).

Datuak babesteari buruzko oinarritzko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. "HISTORIA KLINIKOA" tratamenduaren helburua da pazientearen historia klinikoaren datuak izatea, pazientearen jarraipena egiteko eta jarduera asistentziala kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Baliteke datuak hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-entitateak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetza osasun-langileek eman dituzte. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta datuen tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara:

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

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

#### 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.

#### G. ALTERNATIVAS:

Analíticas hepáticas convencionales y pruebas de imagen (ecografía abdominal, TAC, resonancia magnética).

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.

**Pazientea/ El/La Paciente**

**Pazientearen izen-abizenak**

Nombre, dos apellidos

.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico/a**

**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/de la paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NANA eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del/de la representante legal

.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....



**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del/de la paciente o representante legal**

**Ulertzen dut zenbaterainoko irismena eta arriskuak dituen adierazitako prozedura 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