

DERIBAZIO BALBULA BERRIKUSTEKO EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REVISIÓN DE VÁLVULA DERIVATIVA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Likidoa deribatzeo balbulek, zurea bezalakoek, ongi funtzionatzeari utzi diezaiokete edo buxa daitezke; horren ondorioz, berrikusi egin behar dira, funtzionamendua egiaztatzeo. Helburua da garuneko bentrikuluetako gehiegizko likidoa lehen bezala hustea, hidrocefalia ez gertatzeko.

Horretarako, balbulek ongi funtzionatzen dutela egiaztatu behar da, garuneko zauria, peritoneokoa edo biak berriro zabalduz. Balbulako kateterren buxadura desegin daiteke, beste batzuk jar daitezke edo balbularen deribazio-sistema osoa alda daiteke.

Interbentzioak indikazioa du balbularen funtzionamenduari buruz zentzuzko zalantzak daudenean, izan behar baino gutxiago diharduelako izan gehiegi ari delako egiten.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Garezurraren barruan dagoen balbula-zatia berrikustea konplikazioak izan ditzake; zehazki, balbula berria jartzeak izango lituzkeen berdinak. Odol-ateratzea gerta daiteke garunaren eta duramaterraren artean (hematoma subdurala), berehala edo geroago; arriskua % 5etik beherakoa da.

Garunaren barruan odol-ateratzea gertatzeko arriskua % 3 baino txikiagoa da.

Berrikusketa kirurgikoetan, infekzioa gertatzeko arriskua dago (meningitisa ere bai), eta baliteke beste interbentzio batzuk behar izatea. Zenbaitetan, likidoa kanpora drainatu behar da, eta beste balbula bat jarri, infekzioa sendatutakoan.

Peritoneoko kateterra berrikustea: infekzioa, peritonitisa edo heste-buxadura gertatzeko arriskua dago; horren eraginez, baliteke beste interbentzio batzuk egin behar izatea edo kateterra aldi baterako erauzi behar izatea.

Balbula berriro buxa daiteke, nahiz eta sistema berri-berria izan; hain zuzen ere, hori da sistemak oker funtzionatzeko arrazoirik ohikoena.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

La válvula de derivación de líquido como de la que usted es portador/a puede dejar de funcionar correctamente o incluso sufrir una obstrucción teniendo que ser revisada para verificar el funcionamiento. El objetivo es restablecer la evacuación del exceso de líquido en los ventrículos cerebrales para evitar la hidrocefalia.

Consiste en verificar el buen funcionamiento valvular reabriendo la herida craneal, la peritoneal o ambas. Los catéteres de la válvula pueden ser desobstruidos, pueden ser sustituidos o incluso recambiar todo el sistema de derivación valvular.

La intervención está indicada cuando hay dudas razonables sobre el buen funcionamiento de la válvula tanto por defecto como por exceso.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Revisión de la parte intracraneal de la válvula: las complicaciones son las mismas que si fuera una válvula nueva. Riesgo de sangrado entre cerebro y duramadre (hematoma subdural) inmediata o tardíamente, ambas inferiores al 5 %.

El sangrado intracerebral, menos del 3 %-

La infección que incluye meningitis es otro riesgo en revisiones quirúrgicas que pueden obligar a nuevas intervenciones. En ocasiones hay que dejar un drenaje al exterior del líquido y colocar una nueva válvula cuando la infección esté curada.

Revisión del catéter peritoneal: infección riesgo de peritonitis u obstrucción intestinal que podría requerir nuevas intervenciones o volver a extraer el catéter momentáneamente.

La obstrucción valvular es nuevamente posible, aunque el sistema sea totalmente nuevo, es la causa más frecuente de mal funcionamiento del sistema.

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

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. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Pazienteari behatzea.

Balbula ateratzea eta bentrikulostomia egitea.

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.

F. ALTERNATIVAS:

Observación del paciente.

Retirar la válvula y realizar ventriculostomía.

Datuen babesari buruzko oinarrizko 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 Osakidetza 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>

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/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

Legezko Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: 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