

## TXANGA OKZIPITO-ZERBIKALAREN MALFORMAZIOEN (CHIARI)TRATAMENDU KIRURGIKOA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MALFORMACIONES DE CHARNELA OCCIPITO-CERVICAL. CHIARI

#### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

#### B. INFORMAZIOA:

Chiariren malformazio deritza zerebeloko amigdalak behar baino beherago egoteari; hala, hezur okzipitalaren oinarrian konprimituta geratzen dira. Zenbaitetan, likido zefalorrakideoko kisteak sortzen dira muinaren barnean, siringomielia izenekoak. Minarekin edo higidurarekin lotutako sintomatologia edo erresonantziaren irudia oso garbiak direnean, indikazioa interbentzio kirurgikoa da, konprimituta dagoen zerebelo-zatia askatzeko. Interbentzioan, "zulo handia" edo entzefaloaren eta muinaren artean dagoen hezur-hodia zabaltzen da. Batzuetan, duramaterre ere irekitzen da, deskonpresioa handiagoa izateko.

#### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Ohiko arrisku kirurgikoak daude (infekzioa, hemorragia), bai eta konplikazio anestesikoak edo orokorrak ere; gainera, duramaterre ireki bada edo plastia egin bada, likido zefalorrakideoko fistulak ere ager daitezke.

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.

#### A. IDENTIFICACIÓN:

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

#### B. INFORMACIÓN:

Se conoce como malformación de Chiari a un descenso de las amígdalas del cerebelo que quedan comprimidas en la base del hueso occipital. En ocasiones se acompañan de quistes intramedulares de líquido cefalorraquídeo conocidos como siringomielia. Cuando la sintomatología dolorosa o motora o la imagen de la resonancia son muy evidentes está indicada la intervención quirúrgica cuyo objetivo es la descompresión de la parte del cerebelo comprimida. La intervención consiste en la ampliación del "agujero magno" o conducto óseo situado entre el encéfalo y la médula. A veces se abre también la duramadre para que la descompresión sea mayor.

#### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Además de los habituales riesgos quirúrgicos de infección, hemorragia, complicaciones anestésicas o del estado general, pueden aparecer fístulas de líquido cefalorraquídeo si se ha procedido a la apertura o plastia de la duramadre.

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. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizuzure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

Mina tratatzea eta prozesua behatzea, erresonantzia magnetikoaren bidez kontrolatuz.

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 betetz. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeek. 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>

**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**

**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:**

Tratamiento del dolor y observación del proceso con controles de 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>

**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 .....

**Legezko Ordezkarria: 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