



## ERRETINA LASERREZ TRATAMENDUA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO LASER EN RETINA

### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

### B. INFORMAZIOA:

- Laserra erretinan aplikatzen den energia mota bat da. Erretinan dituzun lesioak arintzeko edo sendatzeko erreakzioa sortzen du.
- Begiko traumatismoa eragiten du kasu guztietan, baina sobera egiaztatu da onura maizago eragiten duela arriskua baino. Hortaz, kalte txikia eragiten du begian, kalte handia saihestu ahal izateko.
- Ezin da ziurtatu tratamenduaren emaitza espero zena izango denik. Epe luzerako onura helburu egin ohi da tratamendua; hori dela eta, askotan ez da hobetzen ikusmen-zolitasuna epe laburrera behintzat.
- Kontsultategian bertan aplikatzen da laserra eta ez duzu ezer prestatu beharko aurrez.

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Begi barruko nolabaiteko hantura eragiten du beti laser bidezko tratamenduak. Baliteke molestiaren bat sentitzea tratamendua egitean, baina oro har molestia arina eta igarokorra izango da.
- Ohiz kanpoko kasuetan, behin betiko murriz dezake ikusmena. Izan ere, laser bidezko tratamenduak erretinako alde osasuntsuak kalte ditzake nahi gabe.
- Edonola ere, tratamenduaren mediku arduradunak argituko dizkizu izan ditzakezun zalantzak.

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

### A. IDENTIFICACIÓN:

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

### B.- INFORMACIÓN:

- El láser es un tipo de energía que se aplica sobre su retina, produciendo una reacción que trate de paliar, o en algunos casos de curar, las lesiones previas que usted presenta en la misma.
- Significa un traumatismo para el ojo en todos los casos, pero está sobradamente demostrado que los posibles beneficios superan en frecuencia a los riesgos. Supone pues un “mal menor” para el ojo, que intenta evitar un “mal mayor” sobre el mismo.
- No se puede asegurar que los resultados del tratamiento sean siempre los deseados. Lo más frecuente es que dicho tratamiento se realice pensando en un beneficio a largo plazo y, por lo tanto, en muchas ocasiones no se traducirá en un aumento de la agudeza visual al menos a corto plazo.
- El láser se aplica en la consulta y no necesita preparación previa ninguna por su parte.

### C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- El tratamiento con láser produce en todos los casos un cierto grado de inflamación intraocular. Durante la realización del mismo puede sentir usted alguna molestia que generalmente será leve y pasajera.
- En casos excepcionales se puede ocasionar una disminución definitiva de la visión. Esto es debido a que el tratamiento con láser puede dañar de forma involuntaria alguna zona sana de la retina.
- En cualquier caso, las dudas que le puedan surgir serán aclaradas por el médico responsable del tratamiento.

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

**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. Medikiak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. BESTELAKO AUKERAK:**

Kasu gehienetan, ez dago laser bidezko tratamendua ordezteko beste aukerarik. Erretinaren gaixotasun baskularretan, aldi baterako aringarriak diren farmakoen bidezko tratamendu intravitrea erabil daiteke laserraren orde.

Datuak babesteari buruzko oinarritzko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOAREN tratamenduaren helburua da pazientearen historia klinikoaren datuak izatea, pazientearen jarraipena egiteko eta jarduera asistentziala kudeatzeko, interes publikoaren alde edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoak erabiliz 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 profesional sanitarioek 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, webgune honetara jo dezakezu: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

**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:**

No existe alternativa al tratamiento con láser en la mayor parte de los casos. En enfermedades vasculares de la retina, puede sustituirse con tratamiento intravitreo con fármacos que temporalmente tienen un efecto paliativo.

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 .....

**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