



## BETAZALETAKO LESIOAREN KIRURGIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LESIÓN PALPEBRAL

### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

### B. INFORMAZIOA:

Askotariko lesio onberak ager litezke betazaletan. Osorik kendu behar dira, hantura iraunkorra edo gehiegizko hazkuntza saihesteko (ESZISIO ARRUNTA). Zalantzarik izanez gero, kendutako lesioaren azterketa histologikoa egiten da, onbera edo gaiztoa den zehazteko (BIOPSIA ESZISIONALA). Horren arabera, beste ebakuntza edo ondorengo tratamendu batzuk behar izan daitezke. Batzuetan, lesioaren zati bat lortzeko besterik ez da egiten interbentzioa, hura aztertzeko eta zer lesio mota den jakiteko, onbera edo gaiztoa (EBAKITZE-BIOPSIA). Emaitzaren arabera, tratamendurik egokiena aukeratuko da.

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Badakit ebakuntza egin bitartean prozedura aldatu behar izan daitekeela, egiten diren aurkikuntzen arabera, tratamendurik egokiena eman diezadaten.

Ulertzen dut espero gabeko ondorioak ager daitezkeela, teknika egokia aukeratu eta era egokian gauzatu arren, edozer interbentziotan ager daitezkeenak, organo eta sistema guztiei eragin ahal dietenak: Honako hauek dira prozedura honexeri dagozkionak, batez ere:

- 2-3 aste iraun dezakeen betazaleko edo aurpegiko hematoma
- Orbain antiestetikoak edo hipertrofikoak
- Betazalaren inguruaren edota ertzaren asaldurak
- Betazalaren asaldura estatiko edo dinamikoak
- Ehunen infekzioa edota nekrosia

Konplikazio horiek agertuz gero, baliteke tratamendu osagarria hartu edo beste ebakuntzaren bat egin behar izatea. Lesioa aztertu ondoren hura gaiztoa dela frogatzen bada, medikuak azalduko dizu handik aurrera egin beharrekoa.

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

### A. IDENTIFICACIÓN:

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

### B.- INFORMACIÓN:

En los párpados pueden aparecer lesiones no malignas de muy diversos tipos, que deben ser extirpadas en su totalidad para evitar una inflamación mantenida o un crecimiento excesivo (ESCISIÓN SIMPLE). En caso de duda, se realiza estudio histológico de la lesión extirpada para determinar su naturaleza benigna o maligna (BIOPSIA ESCISIONAL), en función de lo cual podría precisar otras cirugías o tratamientos a posteriori. Hay casos en los que en esta intervención tan sólo se pretende obtener un fragmento de la lesión con el fin de analizarlo y averiguar exactamente el tipo de lesión que se trata y su carácter benigno o maligno (BIOPSIA INCISIONAL); en función del resultado se planificará posteriormente el tratamiento completo más correcto.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Soy consciente de que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas. Los específicos del procedimiento, principalmente:

- Hematoma palpebral/ facial que puede durar hasta 2-3 semanas.
- Cicatrices inestéticas/ hipertróficas.
- Alteraciones de contorno y/ o borde palpebral.
- Alteraciones de estática/ dinámica palpebral.
- Infección y/ o necrosis de tejidos.

La aparición de estas complicaciones, pueden conllevar tratamientos complementarios e incluso, nuevas cirugías. Si tras el análisis de la lesión ésta es de naturaleza no benigna su médico le explicará el procedimiento a seguir.

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:**

Adierazitako baldintzetan, aukerarik onena kirurgia dela adierazi dit medikuak.

Datuak babesteari buruzko oinarriko 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, G SIN, 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/>

**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:**

El médico me ha explicado que no existe alternativa mejor que la quirúrgica en los términos indicados.

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/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