

BETILEETAKO KIRURGIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE PESTAÑAS.

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Arazoaren araberakoa izango da gauzatu beharreko prozedura: betileak aldiro depilatzea, horiek argonezko edo diodozko laserren bidez kauterizatzea, kriokoagulazioa/diatermia, edo tratamendu kirurgikoa.

Laser bidezko tratamendua eraginkorra izango da norabide okerreko betileak oso ugariak ez direnean.

Tratamendu kirurgikorako hainbat teknika daude, arrazoiaren, trikiasiaren eta betazalen egoeraren arabera. Kasu batzuetan, betazal-ertza biratu ondoren, injerto bat jarri behar da betileak norabide egokian egon daitezen; injertoa egiteko, normalean, ahoko mukosa edo ahosabai gogorrekoa erabiltzen da. Batzuetan, koadroaren larritasunaren arabera, betazal bateko edo bietako betile-ilara osorik eta betiko kendu beharko da, eta horrek akats estetiko txikiak eragin ditzake.

Medikuak jakinarazi dit prozedura honetan anestesia eman behar izaten dela, lokala (sedazioarekin edo sedaziorik gabea) nahiz orokorra.

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, bai edozer interbentziotan ager daitezkeenak, organo eta sistema guztiei eragin ahal dietenak, bai prozedura honexeri dagozkionak, batez ere hauek:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B.- INFORMACIÓN:

El procedimiento a realizar difiere según la extensión del problema: depilación periódica de las pestañas, cauterización de las mismas con láser de Argón o Diodo, criocoagulación /diatermia, o tratamiento quirúrgico.

El tratamiento mediante láser solo es eficaz cuando las pestañas en mala dirección no son muy numerosas.

Para el tratamiento quirúrgico existen varias técnicas, dependiendo de la causa, extensión de la triquiasis y estado de los párpados. En algunos casos, una vez rotado el borde palpebral, hay que colocar un injerto para que las pestañas se mantengan en la dirección adecuada, que, generalmente es un injerto de mucosa bucal o paladar duro. En ocasiones, y dependiendo de la gravedad del cuadro, se optará por la eliminación total y definitiva de la hilera de pestañas de uno o ambos párpados que puede originar pequeños defectos estéticos por su ausencia.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, sea local con o sin sedación, o general.

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, como otros 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.

- Ehunen infekzioa edota nekrosia
- Norabide okerreko betileak berriro agertzea
- Infección y/ o necrosis de tejidos
- Recurrencia de pestañas malorientadas

Konplikazio horiek agertuz gero, baliteke tratamendu osagarria hartu edo beste ebakuntzaren bat egin behar izatea.

La aparición de estas complicaciones, pueden conllevar tratamientos complementarios e incluso, nuevas cirugías.

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

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.

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. Medikiak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

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. BESTELAKO AUKERAK:

Adierazitako baldintzetan, aukera bakarra kirurgia dela adierazi dit medikuak.

F.-ALTERNATIVAS:

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

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/>

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

Ordezkarria: 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