



ARTERIA TENPORALEAN BIOPSIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Arteria tenporalaren lagin bat hartzeko proba diagnostiko bat da. Arteria hori lokian dago. Lehenik eta behin, eremu horretako ilea mozten da eta anestesiko lokal bat ematen zaio pazienteari. Oro har, zainetako bide periferiko bat jartzen da seruma emateko. Jarraian, ebaki txiki bat egiten da loki-hezur inguruan, 2 cm ingurukoa, oro har alde batean bakarrik, eta arteriaren zati txiki bat hartzen da. Gero, ebakia josten da eta bendaz lotzen da biopsia egin deneko lekua. Kirurgia amaitzerakoan, eta arazorik edo ezusteko aurkikuntzarik egon ezean, pazientea bere etxera joaten da, eta zainketa minimo batzuk baino ez ditu behar. Astebete pasa ondoren, ebakiaren balorazioa egingo da eta jostura kenduko da. Bizpahiru aste eta gero, biopsiaren seinale gehienak ez dira apenas ikusten. Ezohiko egoera batzuetan, beharrezkoa izan daiteke bi arteria tenporaletako biopsia egitea.

Ikerketa mikroskopikoan arteritis tenporalaren ezaugarri diren arazoak ikusi ahal izango dira. Gaixotasun hori buru eta lepoko arteria handiei eragiten diren inflamazio-prozesu bat da.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Konplikazio gutxiko kirurgia da, eta arazo gutxi horiek tratamendu medikoarekin konpontzen dira. Halere, batzuetan beharrezkoa da interbentzioa berriz egitea.

Maiz azaltzen diren arriskuak:

Arinak izan ohi dira: infekzioa, odoljariora, josturaren orbaintze anormala, anesthesiaren aurreko tokiko erreakzioa, flebitisa seruma aplikatzeko gunean, mina gorputz-atal horretan edo anestesia luzea ebakuntza eta gero.

Ohikoak ez diren arriskuak:

Nerbio fazialaren gaineko eragina da garrantzitsuena. Gainera, hematoma edo infekzio garrantzitsuak gerta litezke.

B.- INFORMACIÓN:

Es una prueba diagnóstica para obtener una muestra de la arteria temporal que se encuentra en la zona de la sien. En primer lugar, se rasura la zona y se le administra un anestésico local. Generalmente se coloca una vía venosa periférica para administrar suero. A continuación, se realiza una pequeña incisión de unos 2 centímetros en la zona temporal, generalmente en un solo lado, y se toma un pequeño fragmento de la arteria. Posteriormente se realizará una sutura y un pequeño vendaje en el lugar de la biopsia. Tras finalizar la cirugía, y en ausencia de complicaciones o de hallazgos inesperados, el paciente puede ir a casa con necesidad de unos mínimos cuidados. Al cabo de una semana, se valorará la incisión y retiraremos la sutura. Al cabo de dos o tres semanas, la mayor parte de las señales de la biopsia apenas son visibles. En casos excepcionales, puede ser necesario tomar biopsia de ambas arterias temporales.

El estudio microscópico podrá revelar alteraciones características de la arteritis temporal, que es un proceso inflamatorio que puede afectar a arterias grandes y medianas de la cabeza y del cuello.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Es una cirugía con escasas complicaciones que pueden resolverse con tratamiento médico, aunque en algunos casos es preciso una re-intervención.

Riesgos frecuentes:

Suelen ser leves: infección, sangrado, cicatrización anormal de la sutura, reacción local a la anestesia, flebitis de la zona de aplicación de suero, dolor en la zona o anestesia prolongada tras la operación.

Riesgos infrecuentes:

El más importante es la afectación del nervio facial. Además, se pueden producir hematomas o infecciones importantes.

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

D.- ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergia, 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:

Ez dago arteriaren biopsia hartzearen ordeko alternatibarik. Egiten ez bada, diagnostikoa horren erabakigarriak ez diren beste ikerketa batzuetan oinarrituz egin daiteke (eco-Doppler, EMM...).

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetzak 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 Osakidetzako 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/>

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:

No existe una alternativa similar a la toma de biopsia de la arteria. En caso de no realizarse, el diagnóstico se puede apoyar en otros estudios (eco-Doppler, RMN...) menos concluyentes.

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/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

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