

**BEHEKO KABA ZAINEAN IRAGAZKIA JARTZEKO EGITEKO BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FILTRO VENA CAVA INFERIOR****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:**B. INFORMAZIOA:**

Beheko kaba zainean iragazkia jartzeko, gailu bat kokatzen da odol-hodi batean (beheko kaba zainean), odolbatuak biriketara ez iristeko.

Anestesia lokalez, zain bat ziztatuko dizugu (eskuarki, iztondoan edo lepoan), eta beheko kaba zaineraino helduko den hodi bat (kateterra) sartuko dugu, iragazkia bertan jarriko delako. Interbentzioa egin ahal izateko, hoditik likido bat (kontraste-substantzia) sartuko dizugu.

Interbentzioak, gutxi gorabehera, 60 minutu iraungo du.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:Erabiltzen dugun teknikagatik:

- Odol-ateratzea ziztada-tokian (hematoma); oso arraroa da.
- Odolbatua (tronboa) gerta daiteke ziztatzen den zainean.
- Odolbatuak lekualda daitezke biriketara; oso arraroa da.
- Beheko kaba zaina haustea, gailua jartzeko edo kokatu ondoren.
- Gailua (iragazkia) lekualdatzea. Oro har, ez du sintomarik sortzen, baina batzuetan tratamendu medikoa edo interbentzio kirurgikoa behar izaten da.
- Beheko kaba zaina buxatzea. Gehienetan, odolbatuek eragiten dute, eta ez ohi dute tratamendurik behar.

Kontraste-substantziagatik. Erreakzio alergikoak:

- Arinak; esaterako, goragalea, azkura edo larruzaleko lesioak.
- Oso-oso gutxitan izaten dira larriak; giltzurrun-alterazioak, adibidez.
- Ezohikoa da heriotza gertatzea: kasu bat 100.000 pazienteko.

X izpiekiko esposizioagatik:

Interbentzio hau egiteko, X izpiak erabiltzen dira; ondorio kaltegarriak eragin ditzakete organismoan, baina proba honen abantailek konpentsatu egiten dituzte eragin horiek. Eta, indarreko legeriaren arabera, beti erabiliko da interbentzioaren helburuak lortzeko behar den dosi txikiena.

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. ORDEZKO AUKERAK:

Gaur egun, interbentzio kirurgikoa darabilten beste aukera batzuk daude.

A. IDENTIFICACIÓN:NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:**B. INFORMACIÓN:**

La colocación de un filtro en la vena cava inferior consiste en colocarle un dispositivo en un vaso sanguíneo (vena cava inferior), para impedir el paso de coágulos de sangre al pulmón.

Se le pinchará una vena (generalmente en la ingle o en el cuello) utilizando anestesia local, introduciéndole un tubo (catéter) que llegará hasta la vena cava inferior donde se colocará el filtro. Se le inyectará un líquido (medio de contraste) a través del tubo que nos permitirá llevar a cabo la intervención.

La duración aprox. de esta intervención es de 60 min.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:Por la técnica que estamos realizando:

- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma), es muy raro.
- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Se puede producir migración de coágulos al pulmón, es muy raro.
- Rotura de la vena cava inferior en el momento de colocarle el dispositivo, o pasado cierto tiempo de su colocación.
- Desplazamiento del dispositivo (filtro). Normalmente no da síntomas, pero en ocasiones puede necesitarse tratamiento médico o intervención quirúrgica.
- Obstrucción de la vena cava inferior. La mayoría de las veces, es debido a los coágulos que recoge, y no suele requerir tratamiento.

Por el medio de contraste: Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves como alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la exposición a los rayos X:

Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

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

D. AVÍSEÑOS:

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:

En la actualidad existen otras alternativas mediante intervención quirúrgica.

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