



## ANPUTAZIO TXIKIRAKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMPUTACIÓN MENOR

### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

### B. INFORMAZIOA:

Direnak direlako arrazoiengatik zango batera (edo haren parte batera) odolik iristen ez bada, gangrena gertatzen da. Infekzio larri bategatik ere gerta daiteke. Oineko behatzetan geldi daiteke, edo zangoan gora aurrera egin.

Ebakuntza honen bitartez, erasanda dauden oinaren parteak mozten dira.

Normalean, anestesia lokala (behatzean edo orkatilan ziztatuz) edo epidurala/espinala (gerritik beherakoa) erabiltzen da.

Anestesistek erabakiko dute hori; haiek azalduko dizkizute aukerak, arriskuak eta konplikazioak.

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Zaurian konplikazioaren bat gerta daiteke (hematomak, likidoa metatzea –seromak–, edo infekzioak).

Odola oineraino iristen ez bada, ez da orbainduko agian, eta beste ebakuntza motaren bat egin beharko da arazo hori konpontzeko.

Infekzio handi bat badago, zauria irekita utzi beharko da, sendaketak egiteko.

Ulertzen eta onartzen dut ebakuntza hau ez dela beharbada behin betikoa izango, eta, bilakaera nolakoa den, goragoko anputazio bat egin beharko didatela agian.

Arazorik ez badago ere, medikuak azaldu dizu denborarekin zera gerta daitekeela:

- Anputaturiko partea oraindik baduzula sentituko duzu beharbada (gorputz-adar fantasma); luzaroan iraun dezake sentipen horrek.
- Barne-zolaren bat erabili beharko duzu agian, hobeto ibiltzeko.

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

### A. IDENTIFICACIÓN:

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

### B. INFORMACIÓN:

Cuando por distintos motivos deja de llegar sangre a una pierna (o una parte) se produce una gangrena. También puede ocurrir por una infección grave. Puede quedar localizada a nivel de los dedos del pie o avanzar hacia arriba.

Esta intervención consiste en cortar las zonas del pie que se encuentran afectadas.

Lo normal es que la anestesia sea local (pinchando en el dedo o el tobillo) o epidural/espinal (de cintura para abajo).

Depende de los anestesiólogos y ellos le explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Puede haber alguna complicación a nivel de la herida (hematomas, líquido acumulado (seromas), o infecciones).

Puede no cicatrizar porque no llega la sangre hasta el pie, y necesitar otro tipo de operaciones para intentar resolver este problema.

Puede ser necesario dejar la herida abierta para hacer las curas si hay una infección importante.

Comprendo y acepto que esta operación puede no ser definitiva, y que, según cómo evolucione, es posible que se necesite una amputación más arriba.

Aunque no haya ningún problema, el médico le ha explicado que con el tiempo:

- Puede quedar la sensación de tener aún la zona amputada (miembro fantasma), y puede mantenerse durante mucho tiempo.
- Puedo necesitar utilizar algún tipo de plantilla para caminar mejor.

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. Medikatuak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

Egoera honetan EZINEZKOA da alde hori oneratzeari. Teknika honen ordezko aukera bakarra zera litzateke: oinaren parte hori moztu ez, eta tratamendua eta sendaketak egiten jarraitzea. Hala jokatuz gero, lesioak handiagoak egiteko arriskua dago eta gerta liteke, ondorioz, goragoko anputazio bat egin behar izatea.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betetz. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeek. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetza osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara:

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

**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:**

En la situación actual NO es posible recuperar esa zona. La única alternativa a esta técnica sería no cortar esa parte del pie y continuar con tratamiento y curas, con la posibilidad de que las lesiones se hagan mayores y después sea necesaria una amputación más arriba.

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