



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
ORRATZ MEHEAREN BIDEZKO ZIZTADA-XURGAPENA (OMZX)
PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA (PAAF)

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Orratz mehearen bidezko ziztada-xurgapena (OMZX) lesio ukigarrietan xiringa bati lotuta dagoen orratz mehe baten bidez ziztatzea da; xiringa horren bitartez, hautatutako eremuko zelulak xurgatzen dira. Ateratako materiala ontzi batzuetan gordeko da. Ostean, tindatu egingo da, eta mikroskopiaoren bidez behatuko da, diagnostiko zitologikoa egiteko.

Saio honek ez du minik ematen, eta ez da anestesiarik behar. Lesioan, 2 edo 3 ziztada egin ohi dira, material nahikoa lortzeko. Probak minutu gutxi batzuk besterik ez du irauten. Ez da beharrezkoa baraurik joatea.

Batzuetan, lortutako materiala ez da nahikoa edo egokia izaten diagnostikoa osatzeko, eta kasu horietan OMZX prozedura errepikatu edo ordezko probaren bat egin behar izango da.

Tratamendu antikoagulatzaileen bat jarraitzen ari bazara (Sintrom), alde aurretik adierazi beharko duzu, inguruko odol-jarioak izateko arriskua baitago.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Proban zehar, honelakoak eman daitezke:

- **Ziztadaren eremuan hematoma (ubeldurak); egun gutxitan berez desagertzen dira (AUKERA HANDIA).**
- **Ziztadak lesio toraxikoetan egiten direnean, pneumotoraxa (pleura-espazioan airea biltzea). (AUKERA TXIKIA).**

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) consiste en la punción de lesiones palpables con una aguja fina conectada a una jeringa con la que se aspiran células del área seleccionada. El material obtenido se deposita en portas. Posteriormente se tiñe y se observa al microscopio, para realizar un diagnóstico citológico.

La prueba es poco dolorosa y no precisa anestesia. Habitualmente son necesarias 2 ó 3 punciones de la lesión para obtener material suficiente. La duración de la prueba es de unos minutos. No es necesario acudir en ayunas.

En algunos casos el material obtenido no es suficiente o adecuado para hacer un diagnóstico, en cuyo caso deberá repetirse la PAAF o realizar alguna otra prueba sustitutoria.

Si Ud. está en tratamiento con anticoagulantes (Sintrom), debe advertirlo, debido al riesgo de sangrado local.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Durante la prueba pueden aparecer las siguientes situaciones, que incluyen una estimación aproximada sobre la probabilidad de su aparición:

- **Hematomas (moratones) en la zona de la punción, que suelen resolverse espontáneamente en pocos días PROBLABLE.**
- **En caso de punciones de lesiones torácicas, se puede producir un neumotórax (acumulación de aire en el espacio pleural) POCO PROBABLE**



**D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA,
HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:**

<~~ ~>

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS
CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~~ ~>

E.BESTELAKO AUKERAK:

<~~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

<~~ ~>



<--

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

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 asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. 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 ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

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/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko 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