



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO GONGOILETAKO TUMOREAREN BIOPSIA-ERAUZKETA BIOSIA-EXTIRPACION GANGLIONAR DE TUMORACION

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Prozedura honen helburua lagin bat hartzea da, edo, ahal bada, gongoil linfatikoa edo aurkitu didaten tumorea erauzteak. Prozedura egiteko, ebaki txiki bat egiten da, gongoil linfatikoan edo tumorean, normalean.

Hautatutako kasu batzuetan, kirurgia hau Kirurgia Handi Anbulatorio eran egin daiteke (KHA), eta alta kirurgiaren egunean bertan eman daiteke.

Kirurgia-aldiko aurkikuntzen ondorioz, baliteke prozeduran aldaketaren bat egin behar izatea, tratamendurik egokiena emateko asmotan.

Prozedurak anesthesiaren beharra dauka, lokala ala orokorra, kasuen arabera; anesthesiologoak azalduko du zeintzuk diren arriskuak. Oso gutxitan ematen bada ere, baliteke interbentzioa egin bitartean, edo ondoren, odola eta/edo hemoderibatuen erabili behar izatea.

Erauzitako ehunak helburu zientifikoekin erabili ahal izango dira, inoiz ez merkaturatzeko, aurkakorik adierazten ez den bitartean behintzat.

Prozedura hau helburu zientifiko edo didaktikoetarako filmatu ahal izango da, aurkakorik adierazten ez bada, betiere.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Teknika egokia aukeratu eta era egokian gauzatu arren, espero gabeko ondorioak ager daitezke, bai edozein interbentziotan ager daitezkeenak, organo eta sistema guztiei eragin ahal dietenak, bai prozedura honexeri dagozkionak. Hauexek dira, besteak beste:

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento, se pretende tomar una muestra o si es posible extirpar un ganglio linfático o la tumoración que me han descubierto. El procedimiento se realizará a través de una incisión generalmente sobre el ganglio linfático o la tumoración.

En casos seleccionados esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia, que según los casos puede ser local o general, y de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y en raras ocasiones, es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que manifieste lo contrario.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

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 toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:



- **Larritasun gutxikoak eta sarritan agertzen direnak: infekzioa edo zauri kirurgikoaren odol-jarioa, flebitisa; korroka egiteko zailtasuna, irensteko aldi-bateko zailtasuna; interbentzioaren ingurunean mina luzaroan izatea.**

- Riesgos poco graves y frecuentes: Infección, o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Dificultad para eructar, dificultad transitorias al tragar. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Arazo hauek tratamendu medikoaren bidez konpondu ohi dira (medikamentuak, serumak,...), baina beste ebakuntza baten beharra ere gerta daiteke, urgentziazkoa orokorrean. Inoiz heriotza ere gerta daiteke.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

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 oinarritzko 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; width: 300px; height: 60px;"></div><div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; width: 300px; height: 60px;"></div></div>
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 <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; width: 350px; height: 60px;"></div>
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 <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; width: 350px; height: 60px;"></div>