



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPLENEKTOMIA / ESPLENECTOMIA

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. AZALPENA:

Prozedura honen helburua da bare kaltetua erauztea (kentzea). Hala ere, inoiz gerta daiteke erauzketa handiagoa egin behar izatea, eta alboko atalak kentzea.

Prozedura hau egiteko beharrezkoa da anestesia ematea; era berean, baliteke ebakuntzan bertan, nahiz ondoren, odola eta/edo hemoderibatua erabili behar izatea. Anestesia eta Hematologiako zerbitzuetakoei informatuko dute horien guztien arriskuei buruz.

Teknika hau egiteko beharrezkoa izan daiteke aurretik prestatu behar izatea. Dena den, baliteke prestateta osorik egin gabe ere egin ahal izatea.

Honako hauen guztien berri eman beharra daukat: medikamentuekiko alergiak, koagulazio-alterazioak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo medikazioak edo bestelako edozein zirkunstantzia.

Interbentzioa filmatu egin daiteke arrazoi zientifiko edo didaktikoak direla-eta.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Teknika egokia aukeratu eta era egokian gauzatu arren, nahigabeko ondorioak ager daitezke, bai edozein interbentziotan ager daitezkeenak, organo eta sistema guztiei eragin ahal dietenak, bai prozedura honi bereziki dagozkionak:

- Sarritan agertu, eta oso larriak ez direnak: infekzioa edo zauri kirurgikoaren odol-jarioa, flebitisa; pleurako isuria; luzaroko mina ebakuntzaren ingurunean.
- Larritasun handikoak, baina gutxitan ematen direnak: abdomen-barruko odol-jarioa edo infekzioa; hesteetako buxadura; pankreas eta koloneko fistulak; pankrearen hantura; sepsia.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. DEFINICIÓN:

Mediante este procedimiento se pretende extirpar el bazo enfermo. No obstante, en ocasiones excepcionales es necesario ampliar la resección a órganos vecinos.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, (aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).

También me ha indicado la necesidad advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

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;

- Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: Sangrado e infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Fístulas del páncreas o del colon. Inflamación del páncreas. Sepsis.



Konplikazio hauek tratamenduaren bitartez sendatzen dira, oro har (botikak, serumak, etab.). Baina baliteke ebakuntza berriz ere egin behar izatea, urgentziazkoa oro har. Horrelakoetan, heriotza gertatzeko arriskua ere badago, oso txikia izan arren.

Horretaz gain, badakit kirurgia egiten ari diren bitartean zerbait aurkituz gero, gerta daitekeela prozedura aldatu behar izatea, tratamendurik egokiena eman ahal izateko.

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

<~~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

Kasu honetan, ez dago alternatiba terapeutikorik eraginkorrik.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

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

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

En este caso no existe alternativa terapéutica eficaz.



<--

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

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

Legetzko ordez kariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko ordez kariaren 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