



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO EBENTRAZIOA (ABDOMENENKO ETENA) / EVENTRACION

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Prozedura honen helburua da abdomeneko hormako akatsa konpontzea, etengabe handitzea galarazteko; estutze-arriskua saihesten da horrela, urgentziatzko kirurgia egin beharko litzatekeelako bestela.

Aurretik operatuta dagoen ingurune batean, abdomeneko horman dagoen akatsa zuzentzen da, hortik azalak estalitako abdomeneko errai bat edo gehiago ateratzen d(ir)elako. Ebakuntzaren oinarria da akatsa konpontzea abdomeneko horma indartuz, material protesikoa jarrita (sarea), gehienetan. Batzuetan, beharrezkoa izaten da abdomeneko beste organo kalteturen baten erresekzioa.

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

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

Honako hauen guztien berri eman beharra daukat: medikamentuekiko alergia, 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 behar bezala burutu arren, baliteke nahigabeko ondorioak agertzea, bai ebakuntza guztietan eman daitezkeenak (organo eta sistema guztiei eragin ahal dietenak), bai prozedura zehatz honetan ager daitezkeen konplikazio espezifikoak:

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

Mediante este procedimiento se pretende reparar el defecto de la pared abdominal evitando su aumento progresivo y eliminando el riesgo de estrangulación que obligaría a una cirugía urgente.

Se me va a reparar un defecto de la pared abdominal en una zona operada con anterioridad y a través de la cual salen una o varias vísceras abdominales cubiertas por la piel. La operación consiste en reparar el defecto reforzando la pared abdominal en la mayoría de los casos colocando un material protésico (malla). El médico me ha advertido que, en ocasiones, hay que realizar una resección de algún órgano abdominal afectado.

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:

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.



- **Ohikoak, eta larritasun gutxikoak:** zauri kirurgikoaren infekzioa edo odoljariora (batzuetan, zauria zabaltzea eragiten du); flebitisa; interbentzioaren ingurunean mina luzaroan izatea.
- **Ez oso ohikoak, eta larriak:** hesteetako buxadura; lodiek edo biriketako arazoak dituztenek arnasketa-arazoak izatea, edo arazoak areagotzea; sarea errefusatzea; abdomeneko etena berriro agertzea.
- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica que a veces conlleva a la apertura de la herida. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Poco frecuentes y graves:** Obstrucción intestinal. En personas obesas o con problemas pulmonares pueden presentarse o agravarse enfermedades respiratorias. Rechazo de malla. Reproducción de la eventración.

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

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.

Baliteke prozeduran zehar aldatetaren bat egin behar izatea, kirurgia-aldiko aurkikuntzen ondorioz, tratamendurik egokiena eman ahal izateko.

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

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

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

<~~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

E. ALTERNATIVAS:

Ez dago beste metodarik abdomeneko etena konpontzeko.

En este caso no existe ningún otro método para realizar la reparación de la eventración.



<--

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

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