



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO UZKIKO FISTULA / FISTULA ANAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Prozedura honen helburua da perineoko ehunak kutsatzen dituen fistularen bidea kentzea, abzesuak perineoko ehunetan agertzen direlako.

Teknika honen bidez, fistula-bidea bideratu nahi da, eta, horretarako, ebaki eta zapal jarriko da, eta erauzi, edo bidean zehar hari bat jarriko da. Beharrezkoa izan daiteke esfinterrak konpontzea, edo injertoak jartzea; horretaz gain, beste organo batzuekin komunikatutako fistula konplexuetan, bi zuloak konponduko dira; salbuespeneko kasuetan, beharrezkoa izan daiteke uzki artifiziala ere erabiltzea.

Beharrezkoa izan daiteke anestesia ematea prozedura hau egiteko; baliteke ebakuntzan bertan, nahiz ondoren, odola edota hemoderibatua erabili behar izatea. Anestesia- eta Hematologiako Zerbitzuetakoek emango dute horrelakoek eragin ditzaketen arriskuen berri.

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

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

Prozeduraren filmazioa egin daiteke, helburu zientifiko edo didaktikoekin betiere.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Teknika egokia aukeratu, eta behar bezala gauzatu arren, nahigabeko ondorioak ager daitezke, bai edozein interbentziotan ager daitezkeenak (organo eta sistema guztiei eragin ahal diete), bai prozedura honi bereziki dagozkionak:

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

Mediante este procedimiento se pretende eliminar el trayecto por el que se contaminan los tejidos perianales en los que se producen los abscesos.

Mediante esta técnica se canalizará el trayecto de la fístula y se tratará mediante su sección y puesta a plano, extirpación del mismo o colocación de un hilo a través del trayecto. El médico me ha advertido que puede ser necesario realizar la reparación de los esfínteres o colocación de injertos, y que en fístulas complejas comunicadas con otros órganos se repararán ambos orificios y excepcionalmente es necesario el empleo de un ano artificial.

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:



- **Larritasun txikikoak (sarritan agertzen dira): odoljaria eta infekzioa zauri kirurgikoan; flebitisa; gernu-erretentzio akutua; uzkiaren hantura; luzaroko mina ebakuntzaren ingurunean.**
- **Larritasun handikoak (gutxitan ematen dira): uzkiko eta perineoko infekzio handia; gasen eta eginkarien inkontinentzia; uzkiko estenosis; fistula berriro agertzea.**

- Poco graves y frecuentes: Sangrado e infección de la herida quirúrgica. Flebitis. Retención aguda de orina. Inflamación del ano. Dolor prolongado en la zona de la operación,
- Poco frecuentes y graves: Infección importante del ano y periné. Incontinencia a gases e incluso a heces. Estenosis de ano. Reproducción de la fístula.

Konplikazio horiek tratamenduaren bidez sendatzen dira, oro har (botikak, serumak, etab.); baliteke, dena dela, beharrezkoa izatea beste interbentzio bat egitea, urgentziazkoa gehienetan, eta hiltzeko arriskua ere egon badago.

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.

Kirurgia-aldiko aurkikuntzek eraginda, baliteke prozeduran aldaketaren bat egin behar izatea, tratamendurik egokiena emateko.

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:

Medikuak esan dit nire kasuan ez dagoela tratamendu alternatibo eraginkorrik.

El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz al tratamiento.



<--

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 ezabatzen, 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