



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO UZKIKO FISURA / FISURA ANAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. AZALPENA:

Prozedura honen helburua da fisurak eragindako mina desagerraraztea, eta, ondoren, fisura orbaintzea ahalbidetzea.

Teknika honen oinarria da esfinterraren zati bat moztea, edo dilatazio bat egitea, ondoren fisura hori orbaindu dadin. Batzuetan, patologia hori hemorroide edo polipoei lotuta ere egon daitekeenez, arazo horiek guztiak interbentzio berean konpon daitezke.

Beharrezkoa izan daiteke anestesia ematea prozedura hau egiteko; baliteke ebakuntzan bertan, nahiz ondoren, odola edota hemoderibatuak erabili behar izatea. Anestesia eta Hematologiako Zerbitzuetakoei emango dute horrelakoekin 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 behar dut: 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:

- Larritasun gutxikoak (sarritan agertzen dira): odoljarria eta infekzioa zaurian; uzkiko edema; gernu-erretentzio akutua; luzaroko mina ebakuntzaren ingurunean.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. DEFINICIÓN:

Mediante este procedimiento se pretende resolver el dolor y permitir la cicatrización posterior de la fisura.

Mediante esta técnica se me va a realizar una sección (corte) de una parte del esfínter o una dilatación para que posteriormente cicatrice la fisura. A veces esta patología se asocia a hemorroides o pólipos y por tanto se pueden solucionar todos esos problemas en la misma operación.

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:

- Poco graves y frecuentes: Sangrado e infección de la herida. Edema del ano. Retención aguda de orina. Dolor prolongado en la zona de la operación.



- **Larritasun handikoak (gutxitan gertatzen dira): perineoko infekzio handia; gasen eta eginkarien inkontinentzia; uzkiaren estenosisia; fisura berriro agertzea.**

- **Poco frecuentes y graves:** Infección importante del periné. Incontinencia a gases e incluso a heces. Estenosis de ano. Reproducción de la fisura.

Konplikazio hauek tratamendu medikoaren bidez konpondu ohi dira (medikamentuak, serumak...); baina baliteke beharrezkoa izatea interbentzioa berriro egitea, urgentziazkoa normalean. Eta, oso ezohikoa bada ere, heriotza ere gerta daiteke.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc), pero pueden llegar a requerir una nueva intervención, generalmente de urgencia y, excepcionalmente pueden producir la muerte.

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:

Medikamentu bidezko tratamendua ere egin daiteke, baina kasu honetan sintomak iraunkorrak direnez, nekez konpon daitezke interbentzio kirurgikorik gabe.

El médico me ha explicado que alternativamente se puede realizar tratamiento con medicamentos pero en mi caso la persistencia de los síntomas indica que es poco probable que se puedan resolver sin intervención quirúrgica.



<--

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