

**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
HESTEAK ERAUZTEA / RESECCION INTESTINAL****A. IDENTIFIKAZIOA:**

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

**B. AZALPENA:**

Prozedura honen helburua da kaltetuta dagoen heste zatia erauzte, edo haren sintomak konpontzea; hori eginez, konplikazioak saihestea lor daiteke (odoljariora, zulaketa, buxadura,...), balitekeelako urgentziatzko interbentzioa egin behar izatea bestela.

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

Beharrezkoa izan daiteke anestesia ematea prozedura hau egiteko; baliteke ebakuntzan bertan, nahiz ondoren, odola edota hemoderibatuak 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 behar dut: medikamentuekiko alergiak, koagulazio-alterazioak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo medikazioak edo bestelako edozein zirkunstantzia.

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 honi dagozkionak. Hauexek dira, besteak beste:

**A. IDENTIFICACIÓN:**

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

**B. DEFINICIÓN:**

Mediante este procedimiento se pretende extirpar el intestino enfermo o solucionar sus síntomas previniendo las complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción,...) que precisarían intervención urgente.

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 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 de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo 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 (sarritan agertzen dira):** zauri kirurgikoaren infekzioa edo odoljarria; gernu-erretentzio akutua; flebitisa; heste-igarotzea normaltasunez berriz jardun arte atzerapena gertatzea (serum bidezko tratamendua behar izango da); luzaroko mina ebakuntzaren ingurunean.
- **Arrisku larriak (gutxitan gertatzen dira):** abdomen-barneko odoljarria; anastomosiko fistula, justura orbaintzean alterazioak gertatzeagatik; abdomen-barneko infekzioa; hesteetako buxadura.
- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Retención aguda de orina. Flebitis. Retraso en la restauración del tránsito intestinal normal lo que requerirá tratamiento con sueros. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Sangrado intraabdominal. Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización de la sutura. Infección intraabdominal. Obstrucción intestinal.

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

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.

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:**

Kasu honetan hauxe da alternatiba terapeutiko eraginkorrena.

El médico me ha explicado que en mi caso no existe alternativa terapéutica eficaz.



<--

**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**

**Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legetzko 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