



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO AZAZKALA ERAUZTEA / EXTIRPACION DE UÑA

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. PROZEDUAREN AZALPENA:

Interbentzioaren helburua azazkal kaltetua erauztea da (osoa eta zati bat, kasuan kasu), eta baliteke matrizektomia ere egin behar izatea (azazkalaren ernamuina erauztea); horretarako, anestesia jartzen da, atzamarrean ziztatuz. Matrizektomia hori erauzketa bidez edo abrasio kimiko bitartez egin daiteke, eta ondorioa izaten da atzamar horretako azazkala behin betiko galtzea.

Baliteke prozeduran aldaketaren bat egin behar izatea, kirurgia-aldiko aurkikuntzen ondorioz, tratamendurik egokiena emateko asmotan.

Inoiz, beharrezkoa gerta daiteke odola eta/edo hemoderibatutak erabili behar izatea.

Erauzitako ehunak helburu zientifikoekin erabili ahal izango dira, inoiz ez merkaturatzeko, aurkakorik adierazten ez den bitartean behintzat.

Prozedura hau helburu zientifiko edo didaktikoetarako filmatu ahal izango da, aurkakorik adierazten ez bada, betiere.

PROZEDURAREN ONURAK:

Teknika horren bidez, azazkal kaltetu osoa edo haren zati bat erauzten da, sintomak arintzeko asmotan.

ORDEZKO PROZEDURAK

Medikuen iritziz, aukerarik egokiena kirurgia da, nahiz eta antibiotiko eta ingurunearen sendaketa bidez saiatzeko aukera ere badagoen.

C. PROZEDURAREN BEREZKO ARRISKUAK ETA OROKORRAK:

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. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

El cirujano/a me ha explicado que, tras la administración de un anestésico local mediante punción en el dedo, se realizará, en función de cada caso, la extirpación parcial o completa de la uña enferma, asociada o no a matricectomía (extirpación de la matriz). Dicha matricectomía puede realizarse mediante extirpación o mediante abrasión química, y conlleva la ausencia definitiva de la uña en ese dedo.

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

Excepcionalmente puede ser necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, me va a extirpar total o parcialmente la uña enferma, con intención de aliviar mis síntomas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:

En su caso pensamos que la alternativa más eficaz es la cirugía, aunque se pueden intentar tratamientos con antibióticos y curas locales.

C. RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO:

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):** zauriaren infekzioa edo odoljarria; orbaintze-alterazioa; azazkala behar den moduan ez haztea; luzaroko mina ebakuntzaren ingurunean; anestesiko lokalaren aurkako alergia-erreakzioak (azkura edo azala gorritzea lesioaren ingurunean); lesioa berriro agertzea.
- **Larriak (gutxitan gertatzen dira):** anestesikoaren aurkako alergia-erreakzio larriak (shock anafilaktikoa barne); infekzio larriak atzamarrean.

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida. Alteración en la cicatrización de la herida. Crecimiento defectuoso de la uña. Dolor prolongado en la zona de la operación. Reacciones alérgicas locales al anestésico, como picor o enrojecimiento alrededor de la lesión. Reproducción de la lesión.
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Reacciones alérgicas graves al anestésico, incluyendo shock anafiláctico. Infecciones graves en el dedo.

Arazo hauek tratamendu medikoaren bidez konpondu ohi dira (medikamenduak, serumak,...), baina beste interbentzio bat behar izatea ere gerta daiteke, eta heriotza ere gerta daiteke inoiz.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

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

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

<~~ ~>

E. KIRUGIAREN ONDORIOAK:

E. CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA:

Ohikoa izaten da azazkalaren anatomia aldatzea. Azazkalaren ernamuina erauzten bada, azazkal hori betiko galtzen da.

En general suele producirse una alteración en la anatomía de la uña. En caso de extirparse la matriz de la uña, ésta no volverá a salir.

F. INTERBENTZIOARI BURUZKO ADIERAZPENIK EGIN NAHI DUZU?

F. DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

<~~ ~>

<~~ ~>



<--

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 ezabatzeke, 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