



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
BARIZEETAKO KIRURGIA / CIRUGÍA DE VARICES**

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. AZALPENA:

Barizeak beheko gorputz-adarretako azaleko zainen dilatazioak dira. Dilatatutako zain hauek zenbait sintoma eragin ditzakete, besteak beste: mina, karranpa, eta hazkura. Batzuetan, okerrera egin dezakete: flebitisa, odoljarria edo ultzerak ager daitezke.

Interbentzio kirurgiko honetan, dilatatutako zainak eta euren zain nagusiak erazten dira (barne- eta kanpo-safenoa, gehienetan), eta zain zulatzaile urriak lotzen dira, iztaian eta belauraren atzealdean ebakiak eginez, eta mikroebaki osagarrien bitartez.

Anestesiologiako Zerbitzuak azalduko du Interbentzio kirurgiko honetan erabili beharreko anestesia mota (orokorra, erregionala edo lokala), eta, era berean, zein arrisku eta konplikazio izan ditzakeen.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Prozeduraren berezko konplikazioak: nerbio-lesioak (inurridura, sentikortasun-eza, edo mina); hematoma (orbanak gelditu daitezke, edo gogortuta ingurune batzuk); ebakuntzako zauriak infektatzea; gorputz-adarra handitzea; orbain patologikoak; zain-tronbosiak; arteriaren lesioa; edo, barizeak berriro sortzea.
- Edozein interbentzio kirurgikotan sor daitezkeen konplikazio orokorrak: hodie-tako, giltzurruneko, arnas eta bihotzeko, eta bestelako istripuak (bizia bera arriskuan jar dezakete). Konplikazio hauek sarriago gertatuko dira aurretik gaixotasun gehiago badaude.

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

<~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

<~ ~>

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. DEFINICIÓN:

Las varices son dilataciones de las venas superficiales de las extremidades inferiores. Estas venas dilatadas pueden producir síntomas como dolor, calambres, picores, etc. También pueden complicarse con la aparición de flebitis, sangrado o desarrollo de úlceras.

La intervención quirúrgica que se le propone consiste en extirpar las venas dilatadas, así como las venas de las que dependen (habitualmente safena interna y externa) y en ligar las venas perforantes insuficientes, mediante incisiones en la ingle y cara posterior de la rodilla y microincisiones complementarias.

El tipo de anestesia (general, regional o local) necesaria para esta intervención quirúrgica, le será detallada por el Servicio de Anestesiología, así como sus riesgos y posibles complicaciones.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Complicaciones específicas del procedimiento: lesiones nerviosas (hormigueos, acorchamiento o dolor), hematomas que pueden dejar manchas residuales o zonas induradas, infecciones de las heridas operatorias, edema o hinchazón del miembro, cicatrices patológicas, trombosis venosas, lesión arterial o recidivas varicosas.
- Complicaciones generales inherentes a toda intervención quirúrgica: accidentes vasculares, renales, cardiorespiratorias y otras que pueden llegar a ser fatales. Estas complicaciones son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

<~ ~>



<-->

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