



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO TIROIDE-GURUINEKO KIRURGIA / CIRUGIA DE LA GLANDULA TIROIDES

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. AZALPENA:

Prozedura honen helburua da eragozte a guruina gehiegi haztea, inguruko eta bereizitako organoetan kalterik ez ematea, edota hormonen maila kontrolatzea.

Prozeduraren oinarria da tiroide-guruina osorik edo zati bat erauzte (kalte motaren arabera), lepoan egindako ebaki baten bidez. Batzuetan, beharrezkoa bada, pieza kirurgikoaren analisia egiten da ebakuntza zehar; horrek diagnostikoa aldarazi dezake, eta, horrela, erresektzioa handitu daiteke (tiroide osoa, edo inguruko gongoil linfatikoak erauzte). Guruin osoa erauzi ezean, ondorengo analisi anatomopatologikoak diagnostikoa aldarazi dezake, eta zenbaitetan beste ebakuntza bat egin behar da guruinaren gainontzeko zatia erauzteko.

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

Prozedurak anesthesiaren beharra dauka; anesthesiologoak azalduko ditu zeintzuk diren horren arriskuak. Baliteke interbentzioa egin bitartean, edo ondoren, odola eta/edo hemoderibatuak 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.

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:

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende evitar el crecimiento excesivo de la glándula, afectación de órganos vecinos y a distancia y/o controlar los niveles hormonales.

El cirujano/a me ha explicado que, a través de una incisión en el cuello, se pretende la extirpación parcial o total de la glándula tiroides según el tipo de afectación. En ocasiones, si está indicado, se realiza un análisis intraoperatorio de la pieza quirúrgica que puede modificar el diagnóstico, aconsejando ampliar la resección (extirpar todo el tiroides o extirpar los ganglios linfáticos vecinos). En caso de que no se extirpe toda la glándula, el análisis anatomopatológico posterior puede modificar el diagnóstico, recomendando en algunos casos una reintervención para extirpar el resto de la glándula.

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

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea 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.

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, odoljariora edo orbaintze-alterazioak; aldi bateko karranpak eta inurridurak eskuetan (tratamendua bitartez etengo dira); aldi bateko gorabeherak ahotsean eta irenstean; flebitisa; luzaroko mina ebakuntzaren ingurunean.
- **Arrisku larriak (gutxitan gertatzen dira):** lepoko hematoma handiak; ahotseko eta paratiroideko alterazio iraunkorrak; gaixotasuna berriro agertzea.

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica. Calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento. Alteraciones transitorias de la voz y de la deglución. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Hematomas importantes del cuello. Alteraciones permanentes de la voz y de la paratiroides. Recidiva de la enfermedad.

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.

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

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

<~~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

E. ALTERNATIVAS:

Batzuetan balora daiteke gaixotasuna kontrolatzea medikazio erradiaktiboa aplikatuz edo/eta tratamendu medikoak erabiliz; hala ere, nire kasuan, gaur egun kirurgia da tratamendu egokiena, ez dagoelako alternatiba eraginkorrik.

En algunas ocasiones se puede valorar controlar la enfermedad mediante la aplicación de medicación radioactiva y/o con tratamientos médicos, pero en mi caso particular, se ha considerado que, en la actualidad la cirugía es el tratamiento más adecuado, no existiendo una alternativa 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

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