

**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
KOLONAREN ERAUZKETA SEGMENTARIO IREKIA
RESECCION SEGMENTARIA ABIERTA DE COLON****A. IDENTIFIKAZIOA:****MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>**B. AZALPENA:**

Prozedura honen helburua da kaltetuta dagoen heste zatia erauztea, konplikaziorik sor ez dadin (odoljarioa, zulatzea, fistula,...); izan ere, horrelakorik sortuz gero, urgentziazko kirurgia egin beharko litzateke.

Abdomenean egindako ebaki baten bidez, gaixotuta dagoen heste zati bat erauzten da; ostean, josi egiten da, eta digestio-hodiko jarraipena berregiten da

Batzuetan beharrezkoa izan daiteke beste organo batzuk ere erauztea. Teknika kontuak direla-eta, uzki artifizial bat osatu beharra gerta daiteke; gehienetan, aldi baterako izaten da. Ebakuntza egin aurretik, beharrezkoa izan ohi da aurretik prestatzea, hestea garbitzeko.

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 extirpar la parte del intestino que está enfermo, evitando las complicaciones derivadas de la misma (sangrado, perforación, fístula..) que precizarían intervención urgente.

Mediante una incisión en el abdomen, se me va a extirpar la parte del intestino que está enfermo, para posteriormente suturarlo y restaurar la continuidad del tubo digestivo.

En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos. A veces por cuestiones técnicas hay que realizar un ano artificial que, en la mayoría de los casos, es temporal. Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

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

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será informado por el anesesiólogo, 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):** zauriaren infekzioa edo odoljarioa; gernu-erretentzio akutua; flebitisa; gehiagotan libratzea; luzaroko mina ebakuntzaren ingurunean.
- **Arrisku larriak (gutxitan gertatzen dira):** laparotomiaren zauria zabaltzea (dehiszentzia); anastomosiaren fistula (orbaintze-alterazioek eraginda, tratamendu medikoaren bitartez konpondu ohi da -botikak, serumak...-, baina batzuetan beste ebakuntza bat egin, eta uzki artifizial bat jarri behar da); abdomen-barneko odoljarioa edo infekzioa; hesteetako buxadura; gaixotasuna berriro agertzea.
- **Riesgos poco graves y frecuentes:** infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, flebitis, aumento del número de deposiciones. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico. (,medicamentos, sueros, etc), pero que a veces precisa una reintervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Reproducción 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:

Kasu honetan, hauxe da tratamendurik eraginkorrena.

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz del tratamiento par su enfermedad.



<--

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