



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO KOLEZISTEKTOMIA IREKIA / COLECISTECTOMIA ABIERTA

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. AZALPENA:

Prozedura honen helburua da min kolikoak kentzea, elikagaiak hobeto toleratzea, eta urgentziazko interbentzioa eragin dezaketen zenbait konplikazio saihestea (behazun-maskuriaren, pankrearen eta/edo ikteriziaren hantura akutua).

Abdomenean egindako ebaki baten bidez, behazun-maskuria erazten da. Batzuetan beharrezkoa da, kontrastearekin batera, interbentzioa egin bitartean erradiografia bat egitea behazun-hodietan harririk ote dagoen antzemateko; harririk egonez gero, luzatu egingo da kirurgia, behazun-harri horiek kentzeko; horrelakoetan, beharrezkoa izango da, batzuetan, behazun-bidearen deribazioa edo behazun-hodiaren irteera zabaltzea (esfinterotomia).

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 explicado que, mediante este procedimiento, se pretende la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar, del páncreas y/o ictericia, que precisiarían en muchas ocasiones una intervención urgente.

El cirujano me ha explicado que mediante una incisión en el abdomen, se me va a extirpar la vesícula biliar. En algunos casos puede ser necesario realizar una radiografía intraoperatoria con contraste para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares, de forma que, en caso de que estén presentes, se ampliará la cirugía para realizar una limpieza de esos cálculos, pudiendo ser necesario la derivación de la vía biliar o la ampliación de la salida del conducto biliar (esfinterotomía).

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 anesestesiólogo, 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 eta sarritan agertzen direnak:** zauri kirurgikoaren infekzioa edo odol-jarioa; flebitisa; gernu erretentzio akutua eta mina, ebakuntza egin den lekuan.
- **Arrisku larriak eta gutxitan gertatzen direnak:** Laparotomiaren dehiszentzia (zauria zabaltzea). Behazun-bidea estua izatea. Bilisa jariatzen duen behazun-fistula gehienetan tratamendu medikoaren bitartez konpontzen da (sendagaiak, serumak, etab.), baina batzuetan beste proba batzuk egin behar dira (atzerako kolangio-pankreatografia endoskopikoa eta/edo bilisa drainatzea). Abdomen-barruko odol-jarioa edo infekzioa. Hesteetako fistula. Kolangitisa. Ikterizia. Pankreatitisa. Koledokolitiasia.

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Estrechez de la vía biliar. Fístula biliar con salida de bilis que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc), pero que a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis). Sangrado o infección intraabdominal. Fístula intestinal. Colangitis. Ictericia. Pancreatitis. Coledocolitiasis.

Arazo hauek tratamendu medikoaren bidez konpondu ohi dira (medikamentuak, serumak,...), baina beste ebakuntza baten beharra ere gerta daiteke, urgentziakoa 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:

Zure kasuan, uste dugu ez dagoela gaixotasuna tratatzeko beste alternatiba eraginkorrik.

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de 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 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