



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO KRIOTERAPIA BIDEZKO TRATAMENDUA / TRATAMIENTO CON CRIOTERAPIA

### A. IDENTIFIKAZIOA:

#### MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. AZALPENA:

Teknika honen helburua da azaleko lesio bat desagerraraztea, edo tumore onbera zein gaiztoa kentzea. Horretarako, izotz-kontrako agente bat erabiliko da, berori aplikatzeko behar den taldearekin batera. Izan ere, kasu honetan kontraindikaturik dago ohiko kirurgia. Dena dela, tratamendua baliagarria da ebakuntza bitartez desagerrarazi ezin diren azaleko minbiziak arintzeko ere bai.

Tratamendua filmatu eta/edo fotografiatu egin ahal izango da, helburu zientifikoak edo didaktikoak direla-eta.

Baliteke tratamenduan zehar anestesia behar izatea. Anestesiako Zerbitzua arduratuko da anestesiak dituen arriskuen berri emateaz.

Tratamendu honetan, tratatu beharreko ingurua desinfektatu ostean, nitrogeno likidoa edo aukeratutako izotz-kontrako agentea aplikatzen da; horretarako espraia, kotoizko torunda, edota zenbait zunda mota erabil daiteke.

Medikuak azaldu didanez, ordu batzuen buruan handituta izango dut inguru hori; litekeena da tratatutako inguruan babak agertzea (odolarekin edo odolik gabe), edota nekrosia gertatzea. Kasu horretan, medikuak adierazi didan bezala sendatu beharko ditut anpoilak.

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Tratamendu hau aukeratzea egokia izanik, eta behar bezala eginda ere, baliteke nahigabeko ondorioak agertzea, hauexek besteak beste: inguruneko mina; azalaren kolorea aldatzea; orbainak eta infekzioak. Konplikazio horiek urriak dira, eta gutxitan agertzen dira. Are gutxiagotan gertatzen dira parestesiak eta ehunen atzeraeraginak.

### A. IDENTIFICACIÓN:

#### NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. DEFINICIÓN:

El objetivo de la técnica es eliminar una lesión cutánea o erradicar un tumor benigno o maligno mediante un agente anticongelante y un equipo que permita su aplicación, pues en mi caso está contraindicada la cirugía convencional, aunque el tratamiento también es eficaz como paliativo del cáncer cutáneo inoperable.

La realización del tratamiento puede ser filmada y/o fotografiada con fines científicos o didácticos.

El médico me ha explicado que a lo largo del tratamiento puede ser necesaria la administración de anestesia, de cuyo riesgo me informará el servicio de anestesia.

El tratamiento consiste, tras la desinfección del área a tratar, en aplicar el nitrógeno líquido o el agente congelante elegido con spray, torunda de algodón o por medio de diversos tipos de sondas.

El médico me ha explicado que al cabo de unas horas notaré hinchazón de la zona, y que es posible que aparezcan ampollas, con o sin sangre e incluso necrosis sobre la zona tratada, en cuyo caso deberé curarlas tal y como me ha indicado.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor local, alteraciones en la coloración de la piel, cicatrices e infecciones, aunque tales complicaciones son escasas y generalmente poco frecuentes. menos frecuentes aún son las parestesias y retroacciones de los tejidos.



- **Medikuak azaldu dit teknika hau ez dela egokia hotzagatiko urtikaria, krioglobulinemia eta kriofibrinogenemia daukaten pazienteentzat.**
- **Era berean, badakit honelakorik izanez gero jakinarazi behar dudala: botikaren batekiko alergia, orbantze anomaloak, koagulazio-alterazioak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo medikazioa, eta abar.**
- El médico me ha advertido que ésta técnica está contraindicada en pacientes con urticaria por frío, crioglobulinemia y criofibrinogenemia
- Sé igualmente que debo avisar posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia

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

<~~ ~>

#### **D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~~ ~>

#### **E.BESTELAKO AUKERAK:**

**Nire egoeran, tratamendu egokiena hauxe dela erabaki da; baina baliteke beste aukera batzuk ere egotea, egoera bestelakoa izango balitz; aukera horiei hitz egin dut medikuarekin. Horretaz gain, jakinarazi dit proposatutako tratamendua jaso ezean zeintzuk izan daitezkeen ondorioak.**

#### **E. ALTERNATIVAS:**

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.



<-->

**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