



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
GIBELEKO BIOPSIA LARRUAZALEAN ZEHAR (GBLZ)  
BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA (BHP)**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. AZALPENA:**

- **Teknika honen bidez, larruazalean zehar gibela ziztatu eta gibelesko ehun-lagin bat hartzen da analizatzeko. Ziztada baino lehen, ekografia bat egin daiteke, ingurunearen kontrola egiteko.**
- **Anestesia erabiltzen da prozedura honetan, planoka, ziztada egin beharreko ingurunean. Batzuetan medikazio analgesikoa ematen da biopsiaren aurretik. Analgesiak eta anestesiak izan dezaketen arriskuen berri ere eman didate.**
- **Pazientea ahoz gora etzanda jarri ohi da, eta ziztatu behar den tokia kokatu ondoren, ingurunea esterilizatzen da. Injekzio lokalaren bidez anestesia planoka aplikatu ondoren, ebaki txiki bat egiten da larruazalean, eta bertatik biopsiako orratza sartzen da gibeleraino, ehun-lagin bat hartu eta azterketa egiteko.**

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

**Teknika egokia aukeratu eta ondo aplikatuta ere, ondorio kaltegarriak gerta daitezke, hala nola: hematoma; zorabioa; eta mina ziztadaren inguruan. Oso gutxitan izan arren, ondorio larriak ere eman daitezke: hemorragia; pneumotoraxa; peritonitisa; infekzioa; eta beste organo batzuk ziztatzea; horrelakoetan, tratamendu medikoa edo kirurgikoa behar izaten da. Hiltzeko arrisku ere badago, oso-oso txikia izan arren.**

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DEFINICIÓN:**

- Es una técnica que permite mediante punción del hígado a través de la piel conseguir una muestra de tejido hepático para su análisis. Puede hacerse previamente a la punción hepática una ecografía de control de la zona.
- El procedimiento se realiza con anestesia por planos en la zona de punción. En ocasiones se administra medicación analgésica previa a la biopsia. También se me ha informado de los posibles riesgos de la analgesia y anestesia.
- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su espalda), y tras la localización del punto donde se va a puncionar, se esteriliza la zona. Se necesita por planos con inyección local y se hace una pequeña incisión en la piel, por donde se introduce la aguja de biopsia que llega hasta el hígado para obtener una muestra de tejido hepático para su estudio.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hematoma, mareo, dolor en la zona de punción, o excepcionales, como hemorragia, neumotórax, peritonitis, infección y punción de otros órganos, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.



**Medikuak aurretik egin beharreko prestakuntza zein den azaldu dit, proba baraurik egin beharra dagoela, bereziki, eta ospitalean ingresatu behar izaten dela. Era berean, honelakorik badut, jakinarazi behar dudala esan dit: medikamentuekiko alergiak; koagulazio-alterazioak; bihotz-biriketako gaixotasunak; protesiak; taupada-markagailuak; oraingo medikazioak; edo bestelako edozein zirkunstantzia.**

El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente, especialmente, que la técnica se realiza en ayunas y generalmente con ingreso hospitalario. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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

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

<~~ ~>

<~~ ~>

**E.BESTELAKO AUKERAK:**

**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**

**Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legetzko 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