



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**GASTROSKOPIA DIAGNOSTIKOA eta/edo TERAPEUTIKOA**  
**GASTROSCOPIA DIAGNOSTICA y/o TERAPEUTICA**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. AZALPENA:**

• Medikuen iritziz, beharrezkoa da gastroskopia bat egitea; hau da, gastroskopia ahotik sartzea (zunda itxurako gailu malgu bat), eta hestegorri, urdail eta duodenoaren barrualdea behatzea, aire kopuru txiki baten bidez bertoko distentsioa lortu ostean.

• Teknika horren bidez, honakoa lor daiteke: gaixotasunaren arazoia zein den hobeto ezagutzea; laginak hartzea, gero analisiak egiteko; eta, batzuetan, polipoak kentzeko edo zundak jartzeko aukera egoten da. Bestetik, berez larriak diren beste tratamendu batzuk ere egin daitezke: digestioaren ondoriozko odoljarria geratzea, edo irentsitako gai txarren bat ateratzea. Aipatutakoak lortu ezean, edo teknika hau erabiltzen ez bada, beste teknika zailago eta arriskutsuago batzuk erabili behar izaten dira (batez ere interbentzio kirurgikoa eta anestesia orokorra).

• Garrantzitsua da urdaila hutsik izatea, barrualdea ondo ikusi ahal izateko eta janariaren errefluxurik ez eragiteko. Hori dela eta, baraurik egon beharko duzu miaketa egin baino sei ordu arinagotik, behintzat.

• Ordezko hortzak erabiliz gero, kendu egin beharko dituzu, proba egitean mugitu ez daitezten. Anestesia aplikatuko dizute eztarriarentzat, eta, beharizanaren arabera, lasaigarriren bat ere bai, zunda sartu aurretik. Horretarako, etzanda egon beharko duzu, ezkerreko aldearen gainean, eta aho-babesgailu bat ere jarriko dizute.

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DEFINICIÓN:**

• Su médico considera necesario que se le realice esta exploración, que consiste en introducir un gastroscopio (aparato flexible tipo sonda) por su boca para visualizar el interior de su esófago, estómago y duodeno, al distenderlo con una pequeña cantidad de aire.

• Esta técnica sirve para conocer mejor la causa de su enfermedad, realizar toma de muestras para posteriores análisis y en ocasiones permite extirpar pólipos, colocar sondas y otros tratamientos, como el destinado a parar una hemorragia digestiva o extraer cuerpos extraños ingeridos, situaciones ya de por sí graves. Si esto no se logra de forma completa o de no efectuarse esta técnica es preciso recurrir a otras técnicas más difíciles y de más riesgo (principalmente una intervención quirúrgica y anestesia general).

• Es importante que su estómago esté vacío, para conseguir una buena visión del mismo y evitar el reflujo de alimentos. Por ello deberá estar en ayunas, al menos, desde 6 horas antes del inicio de la exploración.

• Se le retirará la dentadura postiza, si la tuviese, con el fin de evitar su posible movilización durante la prueba. También se le aplicará un anestésico local para la garganta y en ocasiones, dependiendo de la necesidad, es posible que se suministre un sedante, previamente a la introducción de la sonda, lo cual se hará estando usted tumbado sobre su costado izquierdo y habiendo colocado un protector bucal.



- **Hasieran normala da botaka egiteko gogoa izatea, baina desagertu egingo da sudurretik edo ahotik arnasa lasai eta modu erregularrean hartuz gero. Horrekin batera, urdaileko distentsio sentazioa baino ez duzu sentituko, ez bestelako molestiarik; probak minutu gutxi batzuetan amaituko da.**

- En los primeros momentos es normal tener una pequeña sensación de náuseas, desaparecerá si respira suave y regularmente por la nariz o por la boca. Salvo esto y una ligera sensación de distensión en su estómago, no notará otras molestias y la prueba finalizará en pocos minutos.

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- **Oso-oso gutxitan ematen dira konplikazioak (1.000 miaketetan behin): perforazioak, hemorragia, edo medikazioaren aurkako erreakzioa, adibidez. Are txikiagoa da bizia arriskuan jartzeko aukera (10.000/1); horrelako kasuak lotuta daude beti larritasun handiko egoerei.**

- Raras veces (1/1.000 exploraciones) pueden ocurrir complicaciones, tales como perforación, hemorragia o reacciones adversas a la medicación, con excepcional riesgo para la vida (1/10.000) y generalmente en relación directa con situaciones de extrema gravedad.

- **Honen guztiaren berri eman beharko duzu: medikazioarekiko alergiak, eta gaixotasunak, batez ere kardiakoak edo arnasketa arlokoak direnean. Jakinarazi honelakorik hartuz gero: ASPIRINA, SINTROM, ANTINFLAMATORIOAK.**

- Deberá usted advertir de la existencia de alergias a medicación, así como de otras enfermedades que padezca, fundamentalmente cardíacas o respiratorias. Comuníquese si toma: ASPIRINA, SINTROM, ANTINFLAMATORIOS.

- **Gaiari buruzko argibiderik behar baduzu, galdetu lasai.**

- Si necesita alguna aclaración al respecto, no dude en hablar con nosotros.

**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