



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
BIOPSIA GINEKOLOGIKOA/ BIOPSIA GINECOLOGICA**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

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

**B. AZALPENA:**

- Interbentzioaren oinarria da ehun zati bat eraztea, helburu diagnostiko eta/edo terapeutikoeekin.
- Kasu honetan, beharrezkoa/komenigarria da biopsia hauxe egitea:

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

- Interbentzio kirurgiko guztiek zenbait konplikazio eragin ditzakete, berez. Horien arrazoa izan daiteke ebakuntzan erabilitako teknika bera, nahiz pazientearen bizi-egoera (diabetesa, kardiopatiak, hipertentsioa, adinekoa izatea, anemia, obesitatea,...). Konplikazioak larriak ere izan daitezkeenez, baliteke tratamendu osagarriak behar izatea, medikoak nahiz kirurgikoak. Hiltzeko arriskua ere badago, oso-oso txikia bada ere.
- Biopsiaren berezko konplikaziorik ohikoenak hauexek dira: odol-jarioa (unean bertan edo geroago); infekzioa; nahigabeko erredurak, elektrokirurgia erabiliz gero (bai elektrodo aktiboan, bai erredura distalak); baginako erreakzioa lipotimiarekin (oso-oso bakana); anestesiko lokalak eragindako erreakzio alergikoa.
- Kirurgiaren unean bertan, ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.

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

<~~ ~>

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DEFINICIÓN:**

- Se trata de una intervención consistente en la extirpación de un fragmento de tejido, confines diagnósticos y/o terapéuticos.
- Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una biopsia de:

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.
- Las complicaciones específicas de la biopsia más frecuentes son: hemorragia (inmediata o tardía), infección, quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía (tanto en el electrodo activo como quemaduras dístales), excepcionalmente reacción vaginal con lipotimia, reacción alérgica al anestésico local.
- Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

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

<~~ ~>



<--

**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**

**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