



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO UMETOKI-LEPOKO ZERKLAJEA / CERCLAJE CERVICAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

- **UMETOKI-LEPOKO ZERKLAJEA** umetoki-lepoa estutzeko egiten da, aborturik edo garai aurreko erditzerik gerta ez dadin.
- Interbentzio honen helburua da umetoki-lepoaren zabalera murriztea; horretarako, haren inguruan zinta edo hari bat jartzen da, eta korapilo bat eginez lotzen da. Interbentzioa egiteko, anestesia erabiltzen da (lokala edo orokorra).
- Ezin da ziurtatu interbentzioak erabat konponduko duenik umetoki-lepoko inkontinentzia; izan ere, huts egiteko aukera txiki bat egon badago. Dena dela, interbentzioaren eraginez, ez du okerrera egingo aurretik zegoen egoerak.
- Interbentzioa bagina-bidetik egiten da gehienetan, baina abdomenetik ere egin daiteke, kasuaren arabera.
- Informazio hau eskaini didate: teknikaren prozedura eta ezaugarriak; prozeduraren ondoren egin beharreko zainketak; eta, ondorioz, zainketa horiek egiteko konpromisoa hartu behar dela.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Proba hau egiteak zenbait arrisku sorrarazi ditzake: mintzak behar baino lehenago haustea; amnionitisa; umetoki-lepoko odoljarioak; ebakuntza egitea ezinezkoa izatea; gernu-infekzioa; erditzea/abortatzea eragitea; eta anestesiarekin ondoriozko ohikoak.
- Kirurgiaren unean bertan, ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

- Se me ha informado de la necesidad de practicar procedimiento quirúrgico de CERCLAJE CERVICAL cuya finalidad es reducir el orificio cervical uterino por riesgo de aborto/parto prematuro.
- La intervención consiste en colocar una cinta o hilo alrededor del orificio cervical y mediante su anudación se produce una reducción de la amplitud del mismo. La intervención debe realizarse bajo anestesia (general o regional).
- La intervención quirúrgica no garantiza absolutamente la corrección de la incontinencia cervical, y existe un pequeño porcentaje de fracasos. En su caso, la situación no empeora en relación a la situación previa.
- La vía de abordaje de la incontinencia habitualmente es la vía vaginal, pero en función de ciertos casos, puede realizarse por vía abdominal.
- Igualmente se me ha explicado tanto las características y procedimiento de la técnica como los cuidados que debo seguir tras la exploración y que me comprometo a observar.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- He sido advertida e informada de los potenciales riesgos de la intervención: Rotura prematura de las membranas, amnionitis, sangrados cervicales, imposibilidad de realizar la intervención, infección urinaria, inicio del parto/aborto, y las secundarias a los procesos anestésicos.
- Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.



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

<~~ ~>

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

<~~ ~>

E.BESTELAKO AUKERAK:

Beste aukera terapeutiko batzuk ere badaude. Horietan, ez dago zertan ebakuntza egin, eta ondorioz, ez da umetoki-lepoa ixtea lortzen (erabateko atsedena, farmako utero-inhibitzaileak, eta abar). Horrelakoetan arrakastaren indizea askoz txikiagoa da.

E. ALTERNATIVAS:

Existen otras opciones terapéuticas conservadoras que no implican la intervención quirúrgica, por lo que no proceden al cierre del orificio cervical como el reposo absoluto, la administración de fármacos uteroinhibidores, etc., con un porcentaje de éxitos muy inferior.



<--

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