



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO ZESAREA / CESAREA

### A. IDENTIFIKAZIOA:

#### MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. AZALPENA:

- **Zesarea interbentzio obstetrikoa da. Interbentzio honen helburua da umea ateratzea, abdometik.**
- **Une honetan, haurduntzaren edo erditzearen egoera ikusita, ez litzateke egokia izango ohiko bagina-bidetik jotzea, amarentzat edo umekiarentzat arrisku handiagokoa izan daitekeelako (gaixotzeko nahiz hiltzeko). Hori dela-eta, zesarea egitea da amari nahiz umeari segurtasun handiena ematen dion aukera.**
- **Zesarea egiteko beharrezkoa da anestesia erabiltzea; Anestesiako Zerbitzuak baloratuta emango da; horretaz gain, jaioberriak ere arreta espezializatua beharko du, atera bezain laster.**

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

#### Zesareak konplikazioak eragin ditzake:

- **Erditzeak berak berezkoak dituen konplikazioak: odoljarioak, umetokiatonia, endometritisa (batzuetan, hauen ondorioz, beste larriago batzuk ere sor daitezke: koagulazio-asalduak, eta infekzio orokorra, besteak beste).**
- **Interbentzio kirurgiko batek eragin ditzakeen konplikazioak: sukarra; zauriaren infekzioa; seromak eta odoljarioak; gernu-bideetako gaitzak; ebakuntza-ondorengo dehiszenia eta/edo ebentrazioa.**
- **Berez, edozein interbentzio kirurgikoetan egoten da heriotza-arriskua, guztiz ezohikoa izan arren gertatzea. Honen arrazoia kirurgia bera da, edo pazientearen egoera.**

### A. IDENTIFICACIÓN:

#### NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. DEFINICIÓN:

- La cesárea es una intervención obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal por vía abdominal.
- El hecho de indicar una cesárea es debido a que las circunstancias actuales de mi gestación y/o parto no permiten la vía vaginal o hacer presumir un mayor riesgo, en cuanto a la morbilidad y mortalidad, para la madre o para el feto, y, por lo tanto, no existen otras alternativas que ofrezcan mayores garantías para mi futuro hijo y para mí.
- La cesárea requiere anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia, y atención especializada del recién nacido de forma inmediata a su extracción.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

#### La cesárea no esta exenta de complicaciones:

- Las derivadas de un parto (ya que de una modalidad de parto se trata): hemorragias, atonía uterina, endometritis, que ocasionalmente pudieran derivar en otras más graves, como trastornos de la coagulación e infección generalizada.
- Las derivadas de una intervención quirúrgica: fiebre, infección de la herida, seromas y hemorragias, afecciones de vías urinarias, dehiscencia y/o eventración postquirúrgica.
- Como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de mortalidad derivado del propio acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.



- **Ekintza kirurgikoan zehar ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.**

- Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

#### **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