



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO UMETOKI-LEPOKO KONIZAZIOA / CONIZACION CERVICAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

- Interbentzio kirurgiko honen oinarria da umetoki-lepoaren zati bat eraztea, kono itxurakoa; helburua diagnostikoa edo terapeutikoa izan daiteke. Kasu honetan, hauxe da helburua: <~ ~>
- Konizazioa egiteko, bisturia, laserra, edo euskarri elektrokirurgikoa erabil daiteke. Metodo bakoitzak aldeko nahiz aurkako alderdiak dauzka; horiek guztien berri emanda, kasu hauxe erabiliko da: <~ ~>
- Erauzitako zatiari azterketa anatomopatologikoa egingo zaio, eta emaitzaren berri emango dizute.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Interbentzioaren konplikazioak hauexek izan daitezke: odoljariora (unean bertan, edo gerora); umetokia zulatzea; umetoki-lepoko estenosis; umetoki-lepoko gaitasun eza; anestesiararen beraren arriskuak; lesio erabat ez eraztea (ertz positiboak); hondar-lesioa gelditzea, eta lesio berri bat agertzea; nahigabeko erredurak (elektrokirurgia erabiliz gero, bai elektrodo aktiboan, bai erredura distalak).
- Gerta daiteke beharrezkoa izatea interbentzio hau osatzea, beste interbentzio zabalago baten bidez, betiere emaitza anatomopatologikoen, eta, ondorioz, behin betiko diagnostikoaren arabera. Hala bada, horren guztiaren berri jasoko dut.
- Prozedura egiteko, anestesia lokala edo orokorra erabil daiteke, kasuaren arabera. Anestesia orokorra erabiliz gero, Anestesiako Zerbitzuak baloratuko beharko luke.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

- Se trata de una intervención quirúrgica consistente en la extirpación de una parte del cuello del útero en forma de cono, y cuya finalidad puede ser diagnóstica y/o terapéutica. En mi caso concreto el motivo es: <~ ~>
- La conización puede efectuarse con bisturí, con láser o con asa electroquirúrgica. En mi caso concreto se efectuará mediante: <~ ~> habiéndome explicado las ventajas e inconvenientes de cada uno de estos métodos.
- La pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior, siendo informada de los resultados.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Las complicaciones potenciales de la intervención son hemorragia (inmediata o tardía), perforación uterina, estenosis cervical, cuello uterino incompetente, riesgos anestésicos, extirpación incompleta de la lesión (márgenes positivos), lesión residual y lesión de "novo", quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía, tanto en el electrodo activo como quemaduras distales.
- Asimismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.
- El procedimiento se puede realizar con anestesia local o general, dependiendo de los casos. Si fuera anestesia general, se valorará por el Servicio de Anestesia.



- Kirurgian zehar ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa alda lezake.

- Si en algún 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:

E. ALTERNATIVAS:

Badaude beste aukera terapeutiko batzuk: umetoki-lepoa anputatzea; atal baten tratamendu suntsigarria; eta histerektomia (umetokia kentzea), betiere baldintzen arabera.

Me han sido explicadas la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como amputación cervical, tratamiento destructivo local e histerectomía en determinadas condiciones.



<--

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