



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO KARRAKATZE DIAGNOSTIKOA / LEGRADO DIAGNOSTICO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Karrakatzea egitearen helburu nagusia da endometrioko, edo umetoki-lepo barneko ehunen laginak hartzea, azterketa histologikoa egiteko, metrorragia anormala gertatu den kasuetan. Batzuetan, balio terapeutikoa izan dezake, metrorragia funtzional oparoa behin-behinean arintzeko, eta/edo endometrioko polipo bat erauzteko.

Interbentzioaren oinarria da umetoki-lepoko material endometrial hartzea, azterketa anatomopatologikoa egiteko.

Karrakatze diagnostikoa baginatik baino ezin da egin.

Karrakatze diagnostikoa egiteko, anestesia eman behar da, eta horren ardura Anestesiako Zerbitzuari dagokio.

Ebakuntzan erauzitako guztiari azterketa anatomopatologikoa egingo zaio.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Interbentzio kirurgiko guztietan gerta daitezke konplikazioak, erabilitako teknikak, nahiz pazientearen bizi-egoerak eraginda (diabetea, kardiopatia, hipertentsioa, adinekoa izatea, anemia, obesitatea,...). Konplikazio horiek larriak izan daitezkeenez, baliteke tratamendu osagarriak ere behar izatea, medikoak zein kirurgikoak. Hiltzeko arriskua ere badago, txiki-txikia bada ere.

Hauexek dira interbentzio kirurgiko honek izan ditzakeen konplikazio espezifikoak (maiztasun-hurrenkeran):

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El principal propósito del legrado es obtener muestras de tejido endometrial o endocervical para su estudio histológico en aquellos casos en que ha existido una metrorragia de tipo anormal. A veces puede ser de valor terapéutico para aliviar transitoriamente una metrorragia funcional copiosa o extirpar un pólipo endometrial.

La intervención consiste en la toma de material endometrial endocervical para su estudio anatomopatológico.

El legrado diagnóstico sólo se puede practicar por vía vaginal.

El legrado diagnóstico precisa anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, 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 un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones de la intervención quirúrgica por orden de frecuencia pueden ser:



- a) **Sukarra eragin dezaketen infekzioak (gernu-infekzioak, endometritisa, salpingitisa ...).**
- b) **Odoljarioak (baliteke transfusioren bat behar izatea ebakuntzan edo ondoren).**
- c) **Umetokia zulatzea (batez ere, umetoki atrofikoetan, edo patologia gaiztokoetan).**

- a) Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...).
- b) Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c) Perforación del útero. (sobre todo en úteros atróficos o patología maligna).

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 Osakidetzako 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