



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
AZALPEKO KONTRAZEPZIO-INPLANTEAK JARTZEA
INSERCIÓN DE IMPLANTES SUBCUTANEOS CONTRACEPTIVOS

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. AZALPENA:

Teknika honen oinarria da azalpean inplante bat jartzea, haurdun ez geratzeko; inplantea besoaren barnealdean jartzen da, anestesia lokala erabilita.

Inplanteen eraginkortasun antikonzeptiboa oso handia da, eta iraupena 3 urtekoa da; epe hori amaituta, kendu egin behar dira.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Inplanteen ingurune horretan ager daitezkeen konplikazioak, jarri edo kentzean, honakoak izaten dira:

- Hematoma edo/eta odoljariora
- Infekzioa
- Anestesia lokalari alergia izatea
- Fibrosia
- Orbain txikia
- Ateratzeko zailtasunak ematea

D. ALBO-ONDORIOAK:

Inplanteen albo-ondorioak honakoak izaten dira:

- Hilekoaren odoljarioran aldaketak ematea
- Aknea
- Aldaketak gogo sexualean
- Aldaketak pisuan
- Aldaketak umorean
- Berez desagertzen diren obulutegiko kiste onberak

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. DEFINICIÓN:

La inserción de los implantes consiste en la colocación de 1 implante debajo de la piel en la cara interna del brazo mediante anestesia local, para impedir el embarazo.

La eficacia anticonceptiva de los implantes es muy alta, y su duración es de 3 años, finalizados los cuales debe retirarse.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Las complicaciones que pueden aparecer en la zona de los implantes en el momento de la inserción o extracción de los mismos son:

- Hematoma y/o hemorragia
- Infección
- Alergia al anestésico local
- Fibrosis
- Pequeña cicatriz
- Dificultades en la extracción

D. EFECTOS SECUNDARIOS:

Los efectos secundarios de los implantes pueden ser:

- Alteración del sangrado menstrual
- Acné
- Cambios en el impulso sexual
- Cambios en el peso
- Cambios de humor
- Quistes ováricos benignos que desaparecen espontáneamente.



<--

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