



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
BARTHOLIN GURUINA / GLANDULA BARTHOLIN**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA :

• **Interbentzio honen helburu nagusia da bartolinitis bat konpontzea eta/edo Bartholin guruineko kiste kroniko bat eraztea.**

• **Horretarako, hainbat teknika daude: guruin handitua drainatzea; Bartholin guruineko kiste bat drainatu eta marsupializatzea (kistaren horma drainatzea, eta bestibuluko hormari jostea); Bartholin guruina eraztea (guruinaren disezio eta exeresi osoa, eta kokatuta zegoen tokiko hormak jostea).**

• **Kasu honetan, hauxe egingo da:**

<~~ ~>

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

• **Interbentzio kirurgiko guztiak zenbait konplikazio eragin ditzakete, berez. Horien arazoia izan daiteke ebakuntzan erabilitako teknika bera, edo pazientearen egoera orokorra (diabetesa, kardiopatiak, hipertentsioa, adinekoa izatea, anemia, obesitatea,...). Konplikazioak larriak ere izan daitezkeenez, baliteke tratamendu osagarriak behar izatea, medikoak nahiz kirurgikoak. Hiltzeko arriskua ere egon badago, oso-oso txikia bada ere.**

• **Interbentzio kirurgiko honek berezko konplikazioak ere baditu, oso bakanak izan arren; hauexek izan daitezke: hematoma perineala; kirurgia-inguruneke infekzioa; dispareunia eragiten duen orbanak; bagina-lehortasuna (aldebiko erazketetan); eta, inoiz, berriz ere interbentzioa egin behar izatea.**

• **Kirurgiaren unean bertan, ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.**

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

• El principal propósito de dicha intervención es la resolución de una bartolinitis y/o extirpación de un quiste crónico de la glándula de Bartholin.

• Existen varias técnicas: drenaje de la glándula inflamada, drenaje y marsupialización de un quiste de la glándula de Bartholin consistente en drenar y suturar la pared del quiste a la pared vestibular., extirpación de la glándula de Bartholin: disección y exéresis total de la glándula son sutura de las paredes donde estaba alojada la misma.

• En mi caso se realizará:

<~~ ~>

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

• Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital decaída paciente (diabetes, cardiopatías, 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 específicas de esta intervención quirúrgica, aunque raras, pueden ser: hematoma perineal, infección del lecho quirúrgico, cicatriz que provoque dispareunia, en caso de extirpación bilateral, puede presentarse sequedad vaginal, excepcionalmente, reintervención.

• Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.



- **Interbentzioa egiten den bitartean, baliteke odol-transfusioa egin behar izatea; hala balitz, horretan prestatuta dagoen langile fakultatiboak arduratuko dira egiteaz, eta behar diren berme guztiak beteta.**

- No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

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 ordez kariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko ordez kariaren 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