



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ESTEREOTAXIA BIDEZ GIDATUTAKO BULAR-ZIZTADA  
PUNCION DE MAMA GUIADA POR ESTEREOTAXIA**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. AZALPENA:**

Ukigarria ez den lesioaren lagin bat hartzea da estereotaxia bidez gidatutako bular-ziztada egitearen helburua. Horri esker, lagina analizatu eta mamografian atzeman den lesioaren diagnostiko bat egin daiteke.

Proba egin bitartean, ohatila batean etzanda edo eserita egongo zara. Anestesiko bat hartuko duzu, molestiarik ez sentitzeko.

Hasteko, anestesiko lokala ematen da; ostean, hutsaren bidez eta mamografoak gidatuta, biopsiako orratz bat sartzen da lesioraino eta lagin bat hartzen da bertan.

Prozedurak 30-45 minutu inguru irauten du, gorabeherarik egon ezean. Amaieran, ziztatutako zona estutuko dugu, ahalik eta txikiena izan dadin hematoma. Pazienteak ondo jasaten badu, toraxa estutzeko bendajea jartzen zaio.

Proba bitartean ez da mugitu behar, konplikazioak baztertzeko.

**C. ORDEZKO AUKERAK:**

Interbentzio kirurgikoaren bitartez egin daiteke mamografia bidez atzemandako lesioaren behin betiko diagnostikoa. Ziztada honi esker, ez dago zertan kirurgia egin edo, egitekotan, beranduago egin daiteke behar bezala aztertuta.

Gure ospitalean eskura dauzkagun bitartekoei esker, ziztadako unean edo ondoren ager daitezkeen arazo klinikoak konpon daitezke.

Baimen informatu hau sinatu baino lehen informazio gehiago nahi baduzu, galdetu, zalantzarik izan gabe.

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DEFINICIÓN:**

La punción de mama guiada por estereotaxia consiste en tomar una muestra de la lesión no palpable de mama, para analizarla y poder diagnosticar la imagen detectada por mamografía.

La prueba se le realizará mientras usted permanece tumbada o sentada en una camilla. Se le administrará anestésico local para evitar las molestias posibles.

Tas administrar el anestésico local y guiados por el mamógrafo, se introduce una aguja de biopsia asistida por vacío (BAV) hasta la lesión y se toma la muestra necesaria.

La exploración dura entre 30 y 45 minutos aproximadamente, si no hay incidencias. Al finalizar se comprimirá la zona puncionada, para que el hematoma que se forme sea lo menor posible. Es posible, si la paciente lo tolera, realizar un vendaje torácico compresivo.

Procure no moverse cuando se realiza la prueba para evitar complicaciones.

**C. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO:**

El diagnóstico definitivo de la lesión mamográfica se puede realizar mediante intervención quirúrgica. La punción que se le va a realizar, puede evitar la cirugía o permitir una cirugía posterior, planificada de forma más adecuada.

Nuestro Hospital dispone de los medios necesarios, para solucionar los problemas clínicos que puedan surgir durante o después de la punción.

Si antes de firmar este documento desea más información no dude en preguntar.



**D. ALBO-ONDORIOAK, ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:**

Konplikazioak eragin ahal dizkie anestesia lokalak alergia duten pazienteei, arinak edo larriak, kasuan kasu. Alergia-aurrekaririk baduzu, horren berri eman behar duzu aurretik.

Ziztadak hematoma bat sorrarazi dezake bularrean. Ez da oso handia izaten eta 12 – 15 egun ingururen buruan konpontzen da. Bular txikiak izanez gero, zauri bat ager daiteke ziztadaren kontrako aldean.

- Koagulazio-arazoak izanez gero edo antikoagulatzaileak hartzen ari bazara, alde zauririk jakinarazi behar duzu, konpontzen zailagoak diren hematoma handirik ager ez dadin.
- Askotan, minduta gelditzen da egun batzuetan ziztada-ingurunea.
- Infekzio-prozesua gerta daiteke (oso gutxitan).
- Pleura-biriken lesioa gerta daiteke (oso nekez).

**E. EGOERA PERTSONALARI LOTUTAKO ARRISKUAK (hala dagokionean betetzeko):**

Arrisku hauek pazienteak aurretik daukan osasun-egoeraren araberakoak dira; hauexek dira nabarmenenak:

<~~ ~>

**D. EFECTOS SECUNDARIOS RIESGOS y COMPLICACIONES:**

Los anestésicos locales en pacientes con alergia, pueden dar complicaciones, desde leves hasta muy graves. Si tiene antecedentes alérgicos debe indicarlo.

La punción puede producir un hematoma en la mama, que generalmente no es muy grande y se resuelve en 12 a 15 días. En caso de mamas pequeñas se puede causar una herida en el lado opuesto a la punción.

- Si tiene problemas de la coagulación o está tomando anticoagulantes, debe comunicarlo con anterioridad, para evitar hematomas mayores, que requieran soluciones más complejas.
- Es común que la zona de punción quede dolorida en los siguientes días.
- Posibilidad de proceso infeccioso poco frecuente.
- Raramente se puede lesionar la pleura – pulmón.

**E. RIESGOS PERSONALIZADOS: (cumplimentar si procede):**

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente y los más significativos son:

<~~ ~>



<--

**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