



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

UMETOKIKO eta/edo BAGINAKO MALFORMAZIOA KONPONTZEKO INTERBENTZIOA / INTERVENCION QUIRURGICA POR MALFORMACION UTERINA y/o VAGINAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Umetokiko eta/edo baginako malformazioak konpontzeko kirurgia, arazo obstetrikoko eta/edo ginekologiak eragiten dituztenean baino ez da egiten: abortu ugari, garai aurreko jaiotzak, mina, antzutasuna, etab.

Interbentzio hau egiteko, erabil daitezke kirurgia irekiko teknikak (abdomeneko edo baginako hormak irekitzea), eta/edo endoskopikoak (optika-sistemak, gas edo likidoak sartzea).

Abdomenetik, baginatik, edota bide bietatik egin daiteke interbentzioa.

Kasu honetan:

Hauxe da indikazioa:

<~ ~>

Hauxe egingo da:

<~ ~>

Erabiliko den teknika:

<~ ~>

Bide honetatik egingo da:

<~ ~>

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

Las malformaciones uterinas y/o vaginales sólo precisan tratamiento quirúrgico en caso de provocar problemas obstétricos y/o ginecológicos: abortos de repetición, partos prematuros, dolor, esterilidad, etc.

A su vez se puede realizar con técnicas de cirugía abierta (abrir pared abdominal o vaginal), y/o endoscópica (sistemas de óptica, insuflación de gas o líquidos).

La intervención se puede practicar por vía abdominal, vaginal o mixta.

En mi caso:

La indicación es:

<~ ~>

Se practicará:

<~ ~>

Mediante la técnica:

<~ ~>

Por vía:

<~ ~>

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada, etc.,) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.



Hauexek izan daitezke konplikazio espezifikoak:

Epe laburrean: hemorragiak eta hematoma (baliteke agian transfusioa behar izatea, ebakuntzan bertan, edota gerora); interbentzioa berriz egin behar izatea; infekzioak; maskuriko, ureterreko, eta hesteetakoak lesioak; seromak,...

Epe luzera: fistulak; abdomeneko eta/edo umetoki-barneko atxikidurak (mina eta/edo antzutasuna sor ditzakete, baita umetoki-hausturak ere, etorkizuneko haurdunaldietan).

Ebakuntzan bertan, ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak ohiko edo programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.

D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

<~~ ~>

E.BESTELAKO AUKERAK:

Ez dago arazo hau konpon dezakeen bestelako tratamendurik.

Las complicaciones específicas pueden ser:

A corto plazo: hemorragias y hematomas con posible transfusión intra o postoperatoria e incluso reintervención quirúrgica, infecciones, lesiones vesicales, ureterales e intestinales, seromas.....

A largo plazo: fístulas, adherencias abdominales y/o intrauterinas que podrían ocasionar dolor y/o esterilidad, así como roturas uterinas en futuros embarazos.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

No existe ningún otro tratamiento que pueda solucionar mi cuadro.



<--

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