

**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
BRONKOSKOPIA / BRONCOSCOPIA****A. IDENTIFIKAZIOA:**

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

B. BRONKOSKOPIARI BURUZKO INFORMAZIOA:

Bronkofibroskopia trakea eta bronkiak aztertzeko teknika da. Horretarako, sudurretik edo ahotik hodi malgu bat sartzen da. Normalean, laginak hartzen dira gero aztertu ahal izateko. Proba hau beharrezkoa da arnas-aparatuko gaixotasun asko diagnostikatzeko. Horretaz gain, jariatzen diren xurgatzeko edo bronkiotan egon daitezkeen gai arrotzak ateratzeko aukera ere eskaintzen du.

Bronkofibroskopia 5-6 milimetroko diametroa dauka. Anestesia lokala jartzen da zuhaitz trakeobronkialek pasa aurretik. Miaketak molestiak emango dizkizu, eta ez da eroso, baina ez da mingarria eta, normalean, ondo toleratzeko modukoa da. Batzuetan, beharrezkoa izatean da lasaigarriren bat ematea, antsietatea eta ikara dutenei batez ere.

Oso ohiko proba da honako hau gure zerbitzuan; hori dela-eta, esperientzia handia dugu honetan.

C. BRONKOSKOPIAREN ARRISKUAK:

- **Konplikazioak oso ezohikoak izaten dira. Hala ere, honelakoak eman daitezke: odoljarria, tutua pasatzen den tokietatik (arina, normalean); bronkiaren espasmoak; zorabioak; laringearen espasmoak; eta, bihotzaren erritmoaren alterazioak. Oso-oso gutxitan gertatzen da bihotza eta arnasa gelditzea, eta are gutxiagotan heriotza.**
- **Arrisku horiek areagotu egiten dira adinekoak direnen artean, eta honako gaixotasun hauetako bat dituztenen artean ere bai: arnas-gutxiegitasuna, bihotzeko gaixotasunak, asma edo bronkiotako hipersentikortasuna, gorputzeko defentsa-jaitziera, edo odolaren koagulazio-arazoak.**

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACION SOBRE BRONCOSCOPIA:

La broncofibroskopia es una técnica que permite ver la tráquea y los bronquios por medio de un tubo flexible que se introduce por la nariz o por la boca. Habitualmente se obtienen muestras para análisis. Se trata de una prueba necesaria para el diagnóstico de gran número de enfermedades del aparato respiratorio. También pueden aspirarse secreciones o extraer cuerpos extraños alojados en los bronquios.

El broncofibroskopia tiene un diámetro de 5-6 mm., se aplica anestesia local antes de pasarlo por las diferentes zonas del árbol traqueobronquial. La exploración es molesta y resulta incómoda, pero no suele ser dolorosa y generalmente se tolera bien. En algunos casos, sobre todo en personas con ansiedad y temor, se precisará administrar un sedante.

Es prueba habitual en nuestro servicio, y esto nos proporciona una gran experiencia sobre la misma.

C. RIESGOS DE LA BRONCOSCOPIA:

- **Las complicaciones son poco frecuentes. Puede ocurrir: sangrado (generalmente leve) de las zonas por donde pasa el tubo, espasmo de los bronquios, mareos, espasmos de la laringe y alteraciones del ritmo del corazón. En muy raras ocasiones, parada cardiorespiratoria y es excepcional la mortalidad.**
- **Estos riesgos aumentan en personas con edad avanzada y también si se padecen enfermedades como: Insuficiencia respiratoria, enfermedades del corazón, asma o hipersensibilidad bronquial, disminución de las defensas del organismo o trastornos de la coagulación de la sangre.**



- Egon litezkeen arazoei begira, eta balizko konplikazio horien tratamenduari hasiera emateko, eskura daude beharrezkoak diren baliabideak bronkoskopia-gelan (oxigeno zentrala, suspertzeko materiala, etab.).

- En la sala de broncoscopias se dispone de medios (oxígeno central, material de reanimación, etc.) para prevenir e iniciar el tratamiento de estas complicaciones.

PAZIENTEAREN ZAKO GOMENDIOAK:

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE:

Proba egin aurretik: 4 ordu arinagotik baraurik egotea. Medikaziorik hartzen ari bazara, jakinarazi ezazu. Eman ezazu honen guztiaren berri: gaixotasunak (bronkioetakoak , birikietakoak edo bihotzekoak) , alergiak (batez ere anestesiko lokalekikoak), eta odolatan erraztasunez egiten ote duzun .

Antes de la realización de prueba: Debe estar en ayunas desde 4 horas antes. Comunique cualquier medicación que esté tomando. Comunique si padece alguna enfermedad de los bronquios , del pulmón o del corazón . Si ha presentado alergias (y en concreto, a anestésicos locales). Si sangra con facilidad .

Proba egin ostean: Ondorengo 2 orduetan ezingo duzu ezer jan edo edan (ezta urik ere). Ez gidatu kotxerik etxera bueltatzeko. Ez larritu ondorengo orduetan sukar arina baduzu (38º C), edo karkaxekin batera odola botatzen baduzu, oso normala delako miaketa honetan. Baina, 24 ordu pasa eta berdin jarraitzen baduzu, kontsulta ezazu.

Después de la realización de la prueba: Durante 2 horas no podrá comer ni beber nada (ni siquiera agua). No podrá conducir su vehículo al volver a su domicilio. Si tiene fiebre moderada (hasta 38º C) o expulsa esputos manchados de sangre horas después, no se preocupe pues es propio de esta exploración. Si persisten más de 24 horas, debe consultar.



<--

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