



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO KATARATEN KIRURGIA / CIRUGIA DE CATARATAS

### A. IDENTIFIKAZIOA:

#### MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. AZALPENA:

Kristalinoaren gardentasuna galtzea da katarata; gehien bat, adinaren ondorioz gertatzen da. Ikusmena nabarmen murrizten denean, interbentzio kirurgikoa egitea komeni da.

Operazio honetan, kristalino opakua kendu, eta, kasu zehatz batzuetan izan ezik, haren ordeztu begi-barneko lente finko bat jartzen da.

Operazioa egiteko, anestesia lokala erabiltzen da gehienetan, eta ez dago ospitaleratu beharrik.

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Beste edozein prozedura kirurgikok bezala, kataratak kentzeko operazioak ere baditu bere arriskuak. Arrisku horien artean honakoak daude, nahiz oso gutxitan gertatu: infekzioa, hemorragia, nerbio-lesioa, erretina askatzea, zauri kirurgikoa irekitzea, glaukoma, kornea narriatzea, begi-barneko hantura eta aurreikusitako gabeko zenbait medikamentuarekiko erreakzio kaltegarriak.

Operazioa egiten ari diren bitartean edo prestatzerakoan, ustekabeko egoeraren bat sortzen bada, eta ezin badidate edo ezin badiete nire ordezkari horren berri eman, baimena ematen diet operazioa egiten ari diren medikuei egokienak iruditzen zaizkien prozedurak aurrera eramateko.

### A. IDENTIFICACIÓN:

#### NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. DEFINICIÓN:

La catarata es una pérdida de transparencia del cristalino, debida a la edad en la mayoría de los casos. Cuando la pérdida de visión es significativa está indicada la intervención quirúrgica.

La operación consiste en retirar el cristalino opaco y salvo casos concretos, sustituirlo por una lente intraocular fija.

La operación se realiza en la mayoría de los casos con anestesia local y sin ingreso en el Hospital.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- La operación de cataratas, como cualquier procedimiento quirúrgico, implica algunos riesgos. Entre estos riesgos, aunque se presentan raramente están: infección, hemorragia, lesión nerviosa, desprendimiento de retina, apertura de la herida quirúrgica, glaucoma, deterioro de la córnea, inflamación intraocular y reacciones adversas no previstas a medicamentos.

Si durante la operación o en su preparación se presenta alguna situación no sospechada, y no se me puede comunicar a mí mismo o a mis representantes, autorizo a los médicos que me están operando, para realizar los procedimientos que consideren más oportunos.



<-->

**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