



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
BITREKTOMIA / VITRECTOMÍA**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

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

**B. AZALPENA:**

Bitrektomia ebakuntzaren helburua da begi-sarea askatu gabe mantentzen saiatzea. Horretarako, begiko humore beirakara ateratzen da, eta, haren ordean, seruma, airea, gasa, silikona-olioa edo erabilera medikoko beste sustantzia batzuk jartzen dira.

Bitrektomiak aukera ematen du bitreo eta begi-sareko lesioetara hobeto iristeko; gainera, aurretik ikusi ez diren xehetasunak ikus daitezke, teknika horri esker.

Emaitzetan gorabeherak gertatzen dira pertsona batetik bestera; ondorioz, ezin da guztiz bermatu operazioaren emaitza egokiena izatea.

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

- Normala da interbentzioaren ondorengo egunetan ikusmena neurri batean murriztea, bai eta begi-narritadura arina izatea ere. Kasuen %20n berriz interbenitu behar izaten da.
- Badaude anesthesiari lotutako arrisku larriak, lokala nahiz orokorra izanda ere, ohikoak ez izan arren: koma itzulezina, eta heriotza ere bai, bihotz- eta arnas-gelditzeak eraginda.
- Arazo larriak ez dira ohikoak, baina muturreko kasuek ikusmena nahiz begia galtzea ereeragin dezakete.

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

<~ ~>

**E.BESTELAKO AUKERAK:**

Bitrektomia da zure begi-gaixotasuna tratatzeko aukera bakarra.

**A. IDENTIFICACIÓN:**

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

**B. DEFINICIÓN:**

La vitrectomía es una operación que consiste en extraer el humor vítreo del ojo y sustituirlo con suero, aire, gas, aceite de silicona u otras sustancias de uso médico para intentar que su retina permanezca sin desprenderse.

La vitrectomía permite acceder mejor a las lesiones del vítreo y de la retina, además se pueden apreciar detalles no vistos con anterioridad.

Los resultados varían de unas personas a otras, por lo que no es posible ofrecer garantías absolutas de que el resultado de la operación sea el más satisfactorio.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES**

- Es normal que en los días siguientes a la intervención exista cierta disminución de la visión, así como ligera irritación del ojo. En un 20% de los casos se necesita reintervención.
- Existen riesgos importantes, aunque poco frecuentes, derivados de la anestesia, tanto si es local como general, pudiendo ocurrir una coma irreversible, e incluso el fallecimiento por fallo cardio-respiratorio.
- Las complicaciones graves son excepcionales, pero en casos extremos pueden conducir a la pérdida de la visión, e incluso a la pérdida del ojo.

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~ ~>

**E. ALTERNATIVAS:**

La vitrectomía es la única solución posible para tratar su enfermedad ocular.



<--

**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 Osakidetzako 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