



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
MALCO-GUNEAREN KIRURGIA / CIRUGÍA DEL PUNTO LAGRIMAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. INFORMAZIOA:

**Malko-gunearen hertsadura edo buxada
konpontzea da prozedura honen helburua.**

Arazo hori konpondu ahal izateko, gunean eta eta malko-hodixkan ebaki batzuk egitea da kirurgia honen oinarria, gunearen diametroa handitzeko. Baliteke plastikozko tutu txiki batzuk jarri behar izatea, egun batzuetarako, arinegi ixtea eragozteko. Era berean, gerta daiteke prozedura aldatu behar izatea kirurgia egin bitartean, ebakuntza-barneko aukikuntzek eraginda, ahalik eta tratamendurik egokiena eskaini ahal izateko.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Aukeratutako teknika egokia izan eta behar bezala gauzatu arren, baliteke nahigabeko arazoak agertzea; arazo horiek edozein interbentziotan agertu ahal direnak izan daitezke, organo eta sistema guztietan eragina eduki dezaketenak izanik, baina prozedurari berari dagozkionak ere bai: betazal- edota aurpegi-hematoma (2-3 aste iraun dezake), zauriaren infekzioa (baliteke antibiotikoak hartu behar izatea), sinblefaron (konjuntibaren lotura anomaloa) eta orbain-erreakzioa (zabaldutako gunea berriz buxatzen duena). Konplikazio hauek zuzentzeko, beharrezkoa izan daiteke beste interbentzio bat egitea, medikuaren esanetan.**
- Horietaz gain, badaude egon ezohiko bestelako konplikaziorik ere, gehiegi ez luzatzeagatik aipatu ez direnak. Oftalmologoak emango ditu horien berri, hala nahi izanez gero.**

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de estrechamiento u oclusión del punto lagrimal.

Para resolver la situación indicada es preciso una cirugía indicada es preciso una cirugía consistente en una reapertura quirúrgica mediante unos cortes en el punto y canaliculo lagrimal aumentando el diámetro del punto. Se pueden colocar o no unos tubitos de plástico durante unos días para evitar su cierre precoz. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: hematoma palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, infección de la herida que puede requerir toma de antibióticos, simbléfaron (unión anómala de la conjuntiva) y reacción cicatricial que vuelva a obstruir el punto que se ha abierto. El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora.
- Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.



- **Anestesia lokalari zein orokorrari lotutako bestelako arriskuak ere badaude; garrantzitsuak dira, baina oso ezohikoak: anesthesiaren aurkako erreakzio alergikoa, koma itzulezina nerbio-sistema zentralaren depresioagatik eta heriotza bera ere bai, bihotz-birikak gelditzeak eraginda (konplikazio hauen intzidentzia 25.000/1-100.000/1 bitartekoa da, estatistikoki).**

- Hay otros riesgos o complicaciones derivados de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, como irreversible por depresión del sistema nervioso central, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de uno por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones)

D. JAKINARAZI BEHARREKOAK:

1. **Honako hauen berri eman behar dut: medikamentuek eragindako alergiak, koagulazio-alterazioak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo medikazioak edo bestelako edozein zirkunstantzia.**
2. **Nire oraingo bizi-egoeraren ondorioz (diabetesa, obesitatea, hipertentsioa, anemia, adinekoa izatea...), areagotu egin daiteke arrisku edo konplikazio hauen maiztasuna, arinak oro har.**
3. **Gerta daiteke arinak izan ohi diren konplikazioen maiztasuna handitzea zenbait arrazoiren ondorioz: prozesuaren berezko ezaugarriak, aurretiko egoera oftalmologikoa, larruazalaren ezaugarriak, eboluzio-aldia, prozesuaren arrazoiak edo beste gaixotasun edo kirurgia batzuk, aurretikoak zein interkurrenteak.**

D. AVÍSEÑOS:

1. El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o de cualquier otra circunstancia.
2. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada), puede aumentar la frecuencia de complicaciones, por regla general, leves.
3. Por las características propias de mi proceso, estado oftalmológico previo y las relacionadas con mi calidad de piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de complicaciones, por regla general, leves.

E. ORDEZKO AUKERAK:

Medikuak azaldu dit kirurgikoak ez diren bestelako aukerak egon daitezkeela, gunea dilatatzeko adibidez, arrakasta lortzeko aukera txikiagoarekin bada ere.

E. ALTERNATIVAS:

El médico me ha explicado que pueden existir otras alternativas que no sean la quirúrgica como la dilatación del punto aunque con menor porcentaje de éxito.



<-->

Historia klinikoaren fitxategiaren ardura Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzak dauka (Araba k., 45- 01006 Vitoria-Gasteiz). Datuak eskuratu, zuzendu, ezeztatu eta aurkatzeko eskubidea erabiltzeko, organo horretara jo beharko duzu. Titular moduan ematen dizkiguzun datuak sistema sanitarioko beste erakunde batzuei eta estatistikako erakunde ofizialei bakarrik lagako zaizkie. Aipatutako horiez kanpoko beste edozein lagapenearako, zure berariazko baimena beharko da, urgentzia baterako ez bada edo azterketa epidemiologikoak egiteko ez bada (Estatuko eta autonomietako legedian ezarritako baldintzetan).

El responsable del fichero de historia clínica es la Dirección de Asistencia Sanitaria (c/ Álava, 45 01006 Vitoria-Gasteiz), órgano al que Vds. deberán dirigirse para ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Los datos que como titular Vd. facilite únicamente serán cedidos a otros organismos del sistema sanitario y organismos oficiales de estadística. Cualquier cesión fuera de las previstas requerirá su expreso consentimiento, salvo que se trate de solucionar una urgencia o para realizar estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal y autonómica.

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, IRAKURRI ETA ZALANTZAK ARGITZEKO AUKERA EDUKI OSTEAN.

ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZEIN EMAITZA ESPERO DAITEKEEN ETA ZEIN ARRISKU SOR DAITEKEEN ULERTU DUT, HORTAZ..

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 / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

-->

Sinadura eta data

Firma/s y fecha



Medikua / 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