



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO AMIGDALEKTOMIA / AMIGDALECTOMIA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Interbentzio honen helburua da ahosabaiko amigdalak eraztea (palatinoak). Amigdalak organo linfoideak dira, eta aktiboago daude haurtzaroan, umeen babes naturalak jasotzen laguntzen duten baliabideak direlako.

Ez da frogatu amigdalektomiaren ondorioz babes horiek murrizten direnik; dena dela, amigdalak inboluzionatzen hasten dira adin batetik aurrera (pubertaroan).

Amigdalektomiari esker, amigdalaren hipertrofiak eragindako arazoak gutxituko dira (arnasteko eta irensteko), eta, halakorik balego, infekzio-foku bat ere desagerraraziko du.

Kirurgia egitea proposatzen denean, hobera egiteko dauden gainerako baliabide medikoak agortu direlako izaten da.

Ebakuntza egin barik ere, amigdaletako arazoek hobera egin dezakete berez, epe ertain edo luzera; baina, ordura arte, konplikazio handiak ager daitezke (arnasbide-buxadura, edo infekzioa).

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Nahiz eta ebakuntzarik ohikoenetakoa izan munduan, konplikazio handiak ere ager daitezke: odoljarioak (batez ere), edo anestesia orokorrak sorraraziak. Heriotza gertatzeko arriskua ere egon badago (1/16.000).

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

<~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

Kirurgiaren ordezkia abstentzio terapeutikoa da, eta tratamendu antibiotikoa gain-infekzio kasuetan.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

Es la extracción de las Amígdalas Palatinas. Las Amígdalas son órganos Linfoides que tienen una mayor actividad en la infancia, ya que forman parte de los mecanismos que contribuyen a la adquisición de las defensas naturales del niño.

No se ha demostrado que la Amigdalectomía produzca una disminución de esas defensas, y de todos modos las Amígdalas involucionan a partir de una edad (con la Pubertad).

La Amigdalectomía disminuirá o eliminará los problemas respiratorios y deglutorios derivados de su hipertrofia y eliminará un Foco Infeccioso en caso de serlo.

Cuando se ha hecho la indicación quirúrgica es porque se han agotado los medios médicos para mejorar su proceso.

Sin intervenir, su problema amigdalares podría mejorar a medio o a largo plazo de forma espontánea, aunque hasta entonces, pueden tener lugar complicaciones importantes por obstrucción respiratoria o por una infección.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Pese a ser una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentemente realizadas en el mundo, son posibles complicaciones importantes, sobre todo por Hemorragia o por efectos derivados de la Anestesia General, que pueden llegar a la muerte en 1 de cada 16.000 operados.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

Las alternativas a la cirugía son la abstención terapéutica y el tratamiento antibiótico de los episodios de sobreinfección.



<-->

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

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko 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