



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
MIRINGOPLASTIA / MIRINGOPLASTIA**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. AZALPENA:**

Miringoplastia tinpanoaren zulaketa ixteko erabiltzen den interbentzio kirurgikoa da, injerto baten bitartez. Interbentzio honetan, belarria entzunbidetik irekitzen da, normalean, eta, inoiz, belarri-atzealdean zulo bat eginda. Injertoa egiteko, muskulu tenporaleko faszia erabiltzen da, batez ere.

Indikazioak: tinpanoko zulaketak, eta erdiko otitis kroniko sinpleak (zornerik ez dagoenean, ez une honetan, ez aurreko sei hilabeteetan).

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

- Anestesia lokal, edo orokorpeko edozein interbentzio kirurgikoetan ematen direnak dira arrisku eta konplikazioak, hiltzeko arriskua barne (oso ezohikoa den arren).
- Zulaketak irautea, eta handitzea ere bai. Horrelakoak gerta daitezke epe laburrera (injertoak huts egiteagatik), nahiz epe luzera (beste infekzio batzuegatik).
- Belarriko hezur-kateko lesioa, eta entzumena gutxitzea.
- Dastamenaren gorabeherak. Akufenok eta bertigoak. Aurpegi- nerbioaren behin betiko, edo behin-behineko paralisia.

**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:**

La miringoplastia es una intervención quirúrgica que consiste en el cierre de una perforación timpánica mediante el uso de un injerto. El oído se abre habitualmente desde el conducto y alguna vez a través de una incisión tras el pabellón auditivo. El injerto más usado es el de fascia del músculo temporal.

Indicaciones: perforaciones timpánicas y otitis medias crónicas simples sin supuración actual ni en los últimos seis meses.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- Los generales y comunes a cualquier intervención quirúrgica con anestesia general/local, incluyendo la posibilidad real, pero excepcional, de muerte.
- Persistencia de la perforación, que puede incluso aumentar de tamaño. Esto puede suceder tanto a corto plazo, por fallo del injerto como a largo plazo por nuevas infecciones.
- Lesión de la cadena de huesecillos y disminución de la audición.
- Trastornos del gusto. Acúfenos y vértigos. Parálisis permanente o transitoria del nervio facial.

**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