



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
TURBINOPLASTIA EDO TURBINEKTOMIA / TURBINOPLASTIA O TURBINECTOMÍA**

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. AZALPENA:

Turbinoplastia da sudurretik arnasa hartzea galarazten duen beheko kornetea murrizteko egiten den interbentzioa.

Turbinektomia da beheko kornetea erabat edo partzialki kentzeko egiten den interbentzioa; honakoan ere helburua da sudurretik arnasa hobeto hartzea.

Interbentzio seguru eta eraginkorra da; kontsultan bertan egin daiteke, anestesia lokala erabilita, edo ebakuntza-gelan, anestesia orokorrarekin.

Batzuetan, LASERRA erabiltzen da kornetea txikitu edo kentzeko, odoljariora txikiagoa izan dadin, egotekotan.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Anestesiak berez eragin ditzakeen konplikazioez gain, hauxek dira interbentzio honek eragin ditzakeenak: sudurra lehortzea; sinekiak (sudurzuloetako hormen arteko atxikidurak); eta odoljariora (ondo konpontzen denez sudurreko tapoien bidez, gertatuz gero, zirujauari adierazi behar zaio).
- Inoiz gertatu da usaimena murriztea, kornetea erabat erauzi ostean.
- Sprayak edo ur gazizko disoluzioak aginduko dizkizute, lehortasuna gutxitu eta orbaintzen laguntzeko

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 turbinoplastia es la intervención que se realiza para disminuir el tamaño del cornete inferior que produce obstrucción de la respiración nasal.

La turbinectomía consiste en la extirpación total o parcial del cornete inferior con el mismo fin, mejorar la respiración a través de la nariz.

Este es un procedimiento seguro y efectivo que puede realizarse bajo anestesia local en el propio consultorio o bajo anestesia general en el quirófano.

En ocasiones se utiliza el LASER para disminuir o extirpar el cornete con el fin de disminuir el posible sangrado.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Al margen de las complicaciones propias de la anestesia, las posibles complicaciones de esta intervención son la sequedad nasal, la formación de costras, las sinequias o adherencias entre las paredes de la fosa nasal y el sangrado que en general se soluciona adecuadamente con un taponamiento nasal por lo que, si esto ocurriera, debe avisar a su cirujano Otorrinolaringólogo.
- Ha sido descrito algún caso aislado de disminución del olfato tras resección completa del cornete.
- Se le recetarán sprays o soluciones de agua salada para mejorar la sequedad y ayudar a la cicatrización.

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 ezabatzeke, 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