



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRAKEOSTOMIA / TRAQUEOSTOMIA**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Trakeostomia da ebaki bat egitea samako larruazalaren eta trakearen artean, arnasketa ahalbidetzeko, bertatik kanula bat sartuta, dena delakoagatik tratatuta egon delako.

Pazientearen bizia arriskuan dagoenean premiaz egin daitekeen ebakuntza kirurgikoa da; baina aurretik programatuta ere egiten da, arnasbidea buxatuko dela uste denean.

Trakeostomia egiteko, trakea-barneko hodi edo kanula bat erabili beharko da, egun edo aste batzuetan. Kasu batzuetan, kanula behin betiko izaten da.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Anestesiak berak sor ditzakeen konplikazioez gain, ohikoena odoljarria izaten da; sarritan, larrialdi-egoera gairitu behar denez, di-da batean egiteagatik gertatzen da.
- Hauexek dira beste konplikazio batzuk: larruazal-azpiko enfisema (airea ehunetara pasatzea, erraz konpondu ohi dena), eta estenosis (trakea guztiz edo partzialki ixtea). Azken arazo hori zuzentzea zaila izaten da, eta beste ebakuntza bat egin behar izan ohi da.
- Orbaina nabarmena, edo ez hain nabarmena izan daiteke, pertsona bakoitzaren orbaintze-ezaugarrien arabera, alegia.

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

<~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

<~ ~>

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

La traqueostomía es una abertura de la tráquea a la piel del cuello a través del cual se inserta una cánula para permitir la respiración que se encontraba dificultada por diversos motivos.

Es una intervención quirúrgica que se puede efectuar de urgencia para situaciones que ponen en peligro la vida del paciente, aunque en otras ocasiones se realiza de forma programada, si se considera posible la obstrucción de la vía respiratoria.

La traqueostomía requerirá la utilización de un tubo endotraqueal o cánula durante unos días o semanas. En algunos casos la cánula debe llevarse de forma definitiva.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Al margen de las complicaciones propias de la anestesia, la complicación más frecuente de la traqueostomía es el sangrado, que a veces se relaciona con la necesidad de realizar la intervención apresuradamente para superar la situación de emergencia.
- Otras complicaciones son el enfisema subcutáneo (paso de aire hacia los tejidos) que se resuelve fácilmente en general y la estenosis o cierre parcial o total de la tráquea. Este último problema es de difícil solución y generalmente precisará otra operación.
- La cicatriz puede ser más o menos evidente, en función de las características de cicatrización de cada persona.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

<~ ~>



<-->

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