



**BAIMEN INFORMATUAREN ERANSKINA / ANEXO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PROZEDURA KIRURGIKOAK ETA INTERBENTZIONISTAK COVID-19AREN PANDEMIA  
DAGOEN BITARTEAN**

**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INTERVENCIONISTAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. EGOERAREN DESKRIBAPENA:**

Informazio hau egin nahi den prozeduraren Baimen Informatuan aurkeztutakoaren osagarria da. Helburua da COVID-19ak eragindako osasun-larrialdian prozedura hori egitearen ondorioz egon daitezkeen arriskuak ezagutzea, nahiz eta arrisku horiek txikiak izan; izan ere, prozesu asistentzian konplikazio kliniko batzuk ager daitezke koronabirusarekin kutsatuz gero (komunitatean edo ospitalean). Kontuan izan informazio hori egitea proposatu zaizun prozedura baimentzeko edo baztertzeko orduan.

Beharrezkoa da, osasun-zentrora bertaratu aurretik, medikuntzako edo erizaintzako langileei jakinaraztea azken 14 egunetan COVID-19 pandemiaren birusak eragindako infekzioaren sintomak edo zantzuak izan dituzun, hala nola arnas gaixotasuna edo arnasa hartzeko zailtasuna, eztul lehorra, sudur-jariakina, eztarriko mina eta >37°C-ko sukarra edo zure ustez aipatzekoa den beste sintomaren bat.

Era berean, mediku arduradunari jakinarazi behar diozu kontaktua izan duzun infekzioa/sintomak izan zitzaketela susmatzen zen pertsonekin edo COVID-19a duten gaixoekin.

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:**

Esta información es adicional a la presentada en el Consentimiento Informado del procedimiento que se le propone realizar. El propósito es que conozca los posibles, aunque poco probables, riesgos añadidos como consecuencia de realizar este procedimiento durante la emergencia sanitaria provocada por la COVID-19, y que puede favorecer la aparición de algunas complicaciones clínicas en su proceso asistencial en el caso de contagio por el Coronavirus (de origen comunitario u hospitalario). Tenga en cuenta esta información a la hora de autorizar o rechazar el procedimiento que se le ha propuesto realizar

Es necesario que, antes de acudir presencialmente al centro sanitario, notifique al personal de medicina o enfermería si ha tenido síntomas o signos de sospecha de infección por el virus de la pandemia COVID-19 en los últimos 14 días, como son síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, fiebre > 37 0C, u otros síntomas que usted considere oportuno señalar.

Asimismo, ha de informar al médico responsable si mantuvo contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de COVID-19.



## C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Baldintza normaletan, higie- eta esterilizazio-protokolo zorrotzek aukera ematen dute pazienteari eta osasun-taldeari gaixotasun transmitigarrietarako beharrezkoa den biosegurtasuna ziurtatzeko. Hala ere, ezinezkoa da zero arriskua bermatzea.

Gure ingurunean COVID-19aren infekzioaren prebalentzia handia dagoen egungo testuinguruan, baheketa kliniko, erradiologiko edo mikrobiologikoko probak egin zaizkizun arren, ezin da erabat baztertu zuk COVID-19aren infekzio asintomatikoa izatea, hau da, sintomarik gabeko eramailea izatea. Oso probabilitate gutxi dago, baina ez da ezinezkoa.

Hala balitz, prozedura kirurgikoarekin eta anestesiko estandarrarekin lotutako konplikazioen tasa neurri batean handiagoa izan daiteke aurreko egoerarekin alderatuta. Sintomarik gabeko eramailea izango bazina, hots, klinikak eta laborategiko edo erradiologiako testek identifikatu gabe egongo bazina, ager daitezkeen konplikazio gehigarrien artean, besteak beste, arnas distres ertaina edo larria dago, batez ere anestesia orokorra erabiltzen denean. Arnas distres horrek intubazioa eta aireztapen mekanikora konektatzea ere beharrezkoa egin dezake.

Era berean, badira COVID-19aren infekzioaren larritasuna errazten duten egoera bereziak, hala nola: adineko pazienteak, gaixotasun konkomitanteak dituzten pazienteak eta/edo immunodepresioa duten pazienteak izatea. Zure kasuan, <~~ ~~~> duzunez, arrisku handiagoa duzu konplikazio hauek izateko: <~~ ~~~>

Dokumentu hau sinatu baino lehen, informazio gehiago nahi baduzu, edo zalantzarik izanez gero, galdetu iezaguzu. Kontsultan egin dezakezu, ahal den neurrian telefono bidez, edo miaketaren edo ebakuntzaren egunean bertan.

## C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario para las enfermedades transmisibles. Aun así, no es posible asegurar un riesgo nulo.

En el contexto actual de alta prevalencia de infección COVID-19 en nuestro entorno, y a pesar de las pruebas de cribado clínico, radiológico o microbiológico que se le han practicado, no es posible descartar con absoluta certeza que usted pudiera tener una infección asintomática COVID-19, es decir, que fuera portador asintomático. Esto es poco probable, pero no imposible.

En caso de que así fuera, la tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y anestésico estándar puede ser moderadamente más alta sobre la situación previa. Las complicaciones adicionales que pudieran aparecer en el supuesto de que su estado fuera de portador asintomático, no identificado ni por la clínica ni por los test de laboratorio o radiología, incluyen entre otras el distrés respiratorio moderado o severo, principalmente cuando se emplea anestesia general. Este distrés respiratorio pudiera incluso llegar a requerir intubación y conexión a ventilación mecánica

Asimismo, hay circunstancias especiales que favorecen la gravedad de la infección del COVID-19, como son: pacientes con edad avanzada, pacientes con enfermedades concomitantes y/o pacientes con inmunodepresión. En su caso, al padecer <~~ ~~~> tiene mayor riesgo de estas complicaciones <~~ ~~~>

Si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Puede hacerlo en la consulta, a ser posible por teléfono, o el día de la exploración o intervención.



**Osakidetza**

DEBAGOIENeko  
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA  
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA  
DEBAGOIENA

IKK / CIC: <<CIC>>

Data / Fecha: <<FECHA>>

Adina / Edad: <<EDAD>>

Izena / Nombre: <<NOMBREPACIENTE>>

1. abizena / 1º apellido: <<APELLIDO1PACIENTE>>

2. abizena / 2º apellido: <<APELLIDO2PACIENTE>>

Zerbitzua- Unitatea / Servicio-Unidad: <<DESC\_SERVICIO>> /  
<<DESC\_SECCION>>

#### **D. INFORMAZIO OSAGARRIA:**

**Zurekin egingo dugun jarduera baliagarria izan daiteke helburu epidemiologikoetarako.**

**Honen bidez, baimena ematen dut nire osasunari buruzko datu pertsonalak erabiltzeko, COVID 19aren patologiarekin zerikusia izan dezaketenak, hain zuzen ere, ikerketa zientifiko bat ahalbidetzeko, patologia horren eta/edo nik jasan ditzakedan beste patologia batzuen kausak, diagnostikoa eta tratamendua hobeto ezagutu ahal izateko, lehenengo patologiak nola edo hala eragin badezake.**

**Nire datu pertsonalak ez dira inoiz agertuko ikerketarako erabiltzen den informazioan, ez eta aurreko ondorioetarako egin daitezkeen azterlan edo argitalpenetan ere.**

#### **D. INFORMACIÓN ADICIONAL**

La actividad que se le va a realizar puede ser de utilidad con fines epidemiológicos.

Por la presente autorizo la utilización de los datos personales de mi salud que puedan estar relacionados con la patología de la COVID 19 a los efectos de posibilitar una investigación científica que redunde en un mejor conocimiento de las causas, diagnóstico y tratamiento de esta patología, y/o de otras patologías que yo pueda padecer, sobre las que la primera pueda incidir de algún modo.

En ningún caso aparecerán mis datos personales en la información que se utilice para estos fines de investigación ni en los estudios o publicaciones que puedan realizarse a los efectos anteriores.



<-->

**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 Osakidetzako 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