



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO ANALGESIA ETA SEDAZIOA / ANALGESIA Y SEDACIÓN

### A. IDENTIFIKAZIOA:

#### MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. ANALGESIA ETA SEDAZIOARI BURUZKO INFORMAZIOA::

Umearen izena: <~~ ~>

Umeari egingo diogun proba edota tratamendua desatsegina eta mingarria izan ohi da. Horrexegatik, batzuetan, mina arintzeko eta umea lasaitzeko, medikamenduak erabiltzea aholkatzen dugu. Medikamendu hauek, aurreikusitako minaren intentsitatearen arabera, bide ezber-dinetatik emango dizkiogu (analgesia lokalaren bideak: ahokoa, ondestekoa, sudurrekoa, azalpekoa, muskulu barnekoa, zain barnekoa). Batzuetan, medikamendu bat baino gehiago ematea edo hauetako baten dosiak berriro ere ematea beharrezkoa izango da.

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Erreakzioak azalean, anestesiko lokala ematean: hazkura, negalak edo erupzioak.
- Medikamenduak sudurrean emateak erresumina eragin dezake segundo batzuetan.
- Goragaleak eta oka egitea.
- Lokartzea minutu batzuetan. Batzuetan, arnasa aldatu dezake, denbora labur batez oxigenoa erabiltzera edo arnasa egiteko beste laguntza batzuk erabiltzera behartuz.
- Ustekabeko erreakzio alergikoak edo erreakzio indibidualak, erabilitako medikamenduek eraginda. Batzuetan, larriak izan daitezke, baina pazientearen bizitza oso gutxitan ipiniko dute arriskuan.

Dena dela, konplikazioen bat gertatzen bada, ez eduki zalantzarik, ospitale honen baliabide mediko guztiak prest eta eskuragarri egongo dira arazoa konpontzen saiatzeko.

### A. IDENTIFICACIÓN:

#### NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. INFORMACIÓN SOBRE LA ANALGESIA Y SEDACIÓN:

La prueba y/o tratamiento que vamos a realizar al niño: <~~ ~>, suele ser molesta y dolorosa. Por este motivo, en algunas ocasiones aconsejamos utilizar medicamentos para calmar el dolor y tranquilizar al niño. Estos medicamentos los administraremos por diferentes vías (analgesia local, vías: oral, rectal, nasal, subcutánea, intramuscular, intravenosa), según la intensidad prevista del dolor, siendo preciso, en algunas ocasiones, dar más de un medicamento o repetir las dosis de uno de ellos.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Reacciones de la piel al aplicar un anestésico local: picor, erupciones.
- La aplicación de medicamentos en la nariz puede provocar escozor durante unos segundos.
- Náuseas y vómitos.
- Sueño profundo durante unos minutos que en ocasiones puede alterar la respiración, haciéndose preciso el uso de oxígeno u otras ayudas para respirar, durante un periodo corto de tiempo.
- Reacciones alérgicas o individuales inesperadas a los medicamentos utilizados que en ocasiones pueden ser graves, pero que rara vez ponen en peligro la vida del paciente.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.



**Agiri hau sinatu baino lehen, informazio gehiago nahi edo zalantzan egonez gero, ez izan beldurrik. Aldiz, galdetu eta atseginez hartuko zaitugu.**

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

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

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~~ ~>

<~~ ~>

**E. BESTELAKO AUKERAK:**

**E. ALTERNATIVAS:**

**Egingo dizugun proba edo tratamendua medikamenduak erabili barik ere egin daiteke. Horrela, umeak sentituko duen mina eta angustia ikustean, kontsulta medikoa esperientzia txarra izango da. Modu berean, proba edota tratamendu honen emaitzak asaldatutako ume batengan, agian, ez dira hain onak izango.**

La prueba y/o tratamiento que le vamos a realizar también se puede hacer sin utilizar medicamentos. Esto hará que tanto el dolor como la angustia que va a experimentar el niño, convierta la consulta médica en una mala experiencia. También los resultados de esta prueba y/o tratamiento en un niño agitado pueden ser menos satisfactorios.



<--

**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