



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
ORRATZ FIN BIDEZKO ZIZTADA XURGATZAILEA TORAXEAN
PUNCION ASPIRATIVA CON AGUJA FINA EN TORAX**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Teknika hau oso erabilia da, eta eraginkortasun handikoa da (%80 ingurukoa). Teknikaren helburua da prozedura gogorragorik erabili behar ez izatea (kirurgia irekia), eta erabiltzen da beste proba batzuek erabateko emaitzarik eskaini ez dutenean (analisiak, endoskopiak), edo horiek eraginkorrak izateko aukera txikia dagoenean.

Proba honen oinarria da orratz bat sartzea larruazaletik zehar, metodo diagnostiko zehatza erabiliz (OTA, edo ekografia). Honela, kaltetutako ingurunera heltzea lortzen da.

Lesioaren ingurunera heldu ostean, bertako osagaiak xurgatzen dira, xiringa baten bitartez.

Ziztada egin aurretik, anestesia lokala jartzen da, dagokion ingurunean.

Proba egin ostean, zaintzapean egon beharra dago, ospitalean, ordu batzuetan zehar.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Intentsitate gutxiko hemoptisia -odola espektorazioan- (SARRITAN GERTATZEN DA)
- Neumotoraxa -pleuran airea sartzea-; neurri batean, birikari atzera eragiten dio. Atsedena hartuta konpontzen da. Batzuetan, intentsitatearen arabera, drainatze-hodia ezarri behar izaten da. (GUTXITAN GERTATZEN DA).

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

<~~ ~>

E. BESTELAKO AUKERAK:

<~~ ~>

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

Esta técnica, ampliamente aceptada y de gran efectividad (80%) tiene como objeto evitar procedimientos más agresivos (cirugía abierta) y se emplea cuando otras pruebas (análisis, endoscopias) no han dado resultados concluyentes o hay pocas posibilidades de que sean efectivos.

La prueba consiste en la introducción de una aguja, a través de la piel, guiados por un método de diagnóstico preciso (TAC, o ecografía) que facilita la localización de la zona dañada.

Una vez situados en la zona lesionada, se procede a la aspiración del material constitutivo de la misma mediante una jeringa.

Previamente a la realización de la punción se realiza la anestesia local de la zona de abordaje.

Después de realizarse la prueba, Ud., permanecerá en observación en el Hospital por espacio de unas horas.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Hemoptisis (expectoración de sangre), de baja intensidad (PROBABLE)
- Aparición de neumotórax (entrada de aire en la pleura), que retrae el pulmón en cierto grado y suele resolverse solamente con reposo. En pocas ocasiones, debido a su intensidad, es necesario colocar un tubo de drenaje (POCO PROBABLE)

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 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

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko 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