



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**DIAFISI-HAUSTUREN TRATAMENDU ORTOPEDIKOA**  
**TRATAMIENTO ORTOPEDICO DE LAS FRACTURAS DIAFISARIAS**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. AZALPENA:**

**Interbentzio honen helburu nagusia da haustura murriztea, eta sendotu arte eustea.**

**Interbentzioaren oinarria da igeltsuzko bendaje baten bidez immobilizatzea, edo trakzio bidezko tratamendua egitea, haustura sendotu arte.**

**Interbentzio honetan anestesia erabili behar da, Anestesia Zerbitzuak balorazioa eginda.**

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

- **Interbentzio kirurgiko honen konplikazioak hauexek izan daitezke:**
  - a) Lesio baskularra.
  - b) Nerbio-lesioa.
  - c) Zain-tronbosi sakona.
  - d) Biriki-tronboenbolismoa.
  - e) Jarrera okerrean sendotzea.
  - f) Aldea egotea gorputz-adarren luzeeran.
  - g) Alboko artikulazioen mugikortasun-galera.
  - h) Endekatze-aldaketak alboko artikulazioetan.
  - i) Distrofia sinpatiko-erreflexua.
  - j) Azaleko konplikazioak.
  - k) Konpartimentu-sindromea.
  - l) Infekzioak.
  - m) Sendotze-prozesua atzeratzea.
  - n) Hazkuntza areagotzea, ala gelditzea.

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DEFINICIÓN:**

El propósito principal de la intervención consiste en reducir y mantener la fractura hasta su consolidación.

La intervención consiste en la inmovilización con un vendaje enyesado o tratamiento mediante tracción hasta que consolide la fractura.

La intervención puede precisar de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- Las complicaciones esta intervención quirúrgica para pueden ser:
  - a) Lesión vascular.
  - b) Lesión nerviosa.
  - c) Trombosis venosa profunda.
  - d) Tromboembolismo pulmonar.
  - e) Consolidación en mala posición.
  - f) Diferencia de longitud del miembro.
  - g) Disminución de la movilidad en las articulaciones adyacentes.
  - h) Cambios degenerativos en las articulaciones adyacentes.
  - i) Distrofia simpática-refleja.
  - j) Complicaciones cutáneas.
  - k) Síndrome compartimental.
  - l) Infecciones.
  - m) Retardo en la consolidación.
  - n) Estímulo o detención del crecimiento.



**o) Pseudoartrosia, sinobitisa, tronboflebitisa.**

**p) Mugikortasun-galera lesionatutako ingurunean dauden artikulazioetan; indar-galera alde horretako giharretan (berreskuratzea errehabilitazio-ariketen jarraipenari dago lotuta, baina behin betikoa ere izan daiteke).**

- **Kirurgiaren uanean bertan, ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.**

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

<~~ ~>

o) Pseudoartrosis, sinovitis, tromboflebitis.

p) Pérdida de la movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada y pérdida de fuerza de los músculos del área, cuya recuperación depende de la realización continua de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.

- Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

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

<~~ ~>

**E.BESTELAKO AUKERAK:**

<~~ ~>

**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.

-->

<b>Pazientea/k / El Paciente/s</b>	
<b>Pazientearen izen-abizenak eta NAN</b> Nombre, apellidos y DNI del paciente <--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>> <-->	
<b>Sinadura/k eta data</b> 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 ordez kariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legezko ordez kariaren 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