



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO KUBITUKO NEURITISAREN TRATAMENDUA / TRATAMIENTO DE LA NEURITIS CUBITA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Interbentzioaren helburu nagusia da minak desagertzea, edo murriztea, eta, era berean, eragozte kubituko nerbioaren kaltearen progresioa.

Ebakuntzaren oinarria da ukondoaren kanalean kubituko nerbioa zatitzea; kaltetutako besoaren iskemiarekin egiten da, arteria-tentsioa hartzeko zorro bat erabilia.

Ebakuntza honetan, anestesia erabili behar da, Anestesia Zerbitzuak balorazioa eginda.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Interbentzio kirurgiko guztietan daude berez konplikazioak, erabilitako teknikak nahiz pazientearen egoera orokorrak eraginda (diabetesa, kardiopatia, hipertentsioa, adinekkoa izatea, anemia, obesitatea,...). Horietako batzuk larriak izan daitezke, eta horren ondorioz baliteke tratamendu osagarriak egin behar izatea (medikoak zein kirurgikoak). Hiltzeko arriskua ere badago, txiki-txikia bada ere.
- Interbentzio kirurgiko honen konplikazioak hauexek izan daitezke:
 - a) Sintomatologia berriz agertzea, denbora pasatu ahala.
 - b) Lesioa kubituko nerbioaren adar sensitibo eta/edo motorrean, ingurune horietan mina eta paralisia eraginda.
 - c) Lesioa kubituko-zorroaren egituretan.
 - d) Orbain mingarria.
 - e) Jostura irekitzea.
 - f) Zauria infektatzea.
 - g) Zurruntasuna artikulazioetan. **hatzetako**

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El propósito de la intervención consiste en la desaparición o disminución de los dolores e impedir la progresión de la afectación del nervio cubital.

La intervención consiste en la división del nervio cubital en el canal del codo, y se realiza con isquemia del brazo afectado usando un manguito de tomar la tensión arterial.

La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Las complicaciones esta intervención quirúrgica para pueden ser:
 - a) Reparación de la sintomatología con el tiempo.
 - b) Lesión de la rama sensitiva y/o motora del nervio cubital originando dolor y parálisis en las zonas afectadas.
 - c) Lesión de estructuras del paquete cubital.
 - d) Cicatriz dolorosa.
 - e) Dehiscencia de la sutura.
 - f) Infección de la herida.
 - g) Rigidez de las articulaciones de los dedos.



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

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

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

<~~ ~>

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.

-->

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