

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO**HEZUR-TENDOIETAKO EHUNA INPLANTATZEKO / IMPLANTE DE TEJIDO OSTEOTENDINOSO****A. IDENTIFIKAZIOA:****MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>**B. INFORMAZIOA:**

Ebakuntza honetan, beste pertsona baten hezur-ehuna, tendoiak edo lotailuak erabili beharko dira, zure hezur-ehuna hazi edo lotu dadin. Mentu hori zure tratamendurako erabiltzea proposatzen eta gomendatzen dizugu, zure kasuan egokiena delakoan.

Transplantatu beharreko hezur-tendoietako mentua hildako emaile anonimo batena da, eta dagozkion kalitate-kontrolak egin zaizkio Euskal Autonomia Erkidegoko Transfusio eta Giza Ehunen Euskal Zentroan (TGEEZ).

TGEEZren arabera, emaileen transplanteak egiten diren kasuetan, hartzailearen odol-lagin bat gordetzea gomendatzen da, besteak beste B eta C hepatitisak, sifilisa eta GIBa ez dituela baztertzeko, hala behar izanez gero. Beraz, ebakuntza egin baino lehen, odola aterako dizugu horretarako. Analisi horien emaitza erabat konfidentziala izango da.

Era berean, TGEEZren araudiaren arabera, zure ebakuntzari buruzko datuak bilduko dira, eta EAeko Transplanteen Koordinazio Zentroko eta TGEEZko fitxategi automatizatuetan sartuko dira, eta Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren ardura izango dira.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Konplikazioak ez dira ohikoak, baina batzuetan honako hauek gerta daitezke:

- Mentua errefusatzea edo ez sartzea.
- Batzuetan, ebakuntza ondoko infekzio bat gerta daiteke, eta kasu gehienetan ondo erantzuten die medikamentu bidezko tratamenduei.
- Ezohikoa bada ere, gaixotasunen bat transmititu daiteke, nahiz eta horiek detektatzeko behar diren neurri guztiak hartu.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>**B. INFORMACIÓN:**

La intervención que le vamos a realizar requiere la utilización de tejido óseo, tendones o ligamentos obtenidos de otra persona para sustituir, favorecer el crecimiento o la unión de su propio tejido óseo. Le proponemos y recomendamos la utilización de este injerto para su tratamiento por considerar que es el más indicado en su caso concreto.

El injerto osteotendinoso a trasplantar procede de un donante cadáver anónimo, y ha sido sometido a los controles de calidad pertinentes en el Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos (CVTTH) de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV).

Según el CVTTH, en los casos en los que se realizan trasplantes de donantes, se recomienda guardar una muestra de sangre de la persona receptora por si fuera necesario descartar que no padece enfermedades como Hepatitis B y C, sífilis y VIH, por lo que antes de la intervención se le hará a usted una extracción de sangre con este fin. El resultado de estos análisis será estrictamente confidencial.

También, por normativa del CVTTH, se recogerán datos acerca de su intervención que serán incluidos en los ficheros automatizados del centro de Coordinación de Trasplantes de la CAV y en el CVTTH, siendo responsabilidad de la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-SVS.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Las complicaciones no son habituales, pudiendo en ocasiones producirse:

- Rechazo del injerto o no incorporación del mismo.
- En alguna ocasión se puede producir una infección postoperatoria que en la gran mayoría de los casos responde bien a los tratamientos medicamentosos.
- Excepcionalmente se puede producir la transmisión de enfermedades a pesar de la aplicación de todas las medidas apropiadas de detección de enfermedades.



**OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK
IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN
KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.**

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS
MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS
POSIBLES COMPLICACIONES.

D. ZURE OSASUN EGOERAREN ARABERAKO ARRISKUAK

D. RIESGOS PERSONALIZADOS:

Hauen berri eman behar diguzu:
medikamentuekiko alergiak, koagulazio-
alterazioak, bihotz-biriketako gaixotasunak,
diabetesa, hipertentsio arteriala, anemia,
protesiak, taupada-markagailuak, oraingo
medikazioak, edo bestelako edozein
zirkunstantzia, horien ondorioz areagotu
baitaitezke arrisku edo konplikazioen
maiztasuna edo larritasuna. Medikuen zure
kasuan dauden arrisku espezifikoekin berri eman
dizu.

Es necesario que nos advierta de posibles alergias
medicamentosas, alteraciones de la coagulación,
enfermedades cardiopulmonares, diabetes,
hipertensión arterial, anemia, existencia de
prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o
cualquier otra circunstancia, ya que pueden
aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o
complicaciones. Su médico le ha informado acerca
de los riesgos específicos en su caso.

E. ONURAK ETA ALTERNATIBAK:

E. ALTERNATIVAS:

Tratamendu honek onura hauek eskaintzen
dizkizu: ebakuntza-denbora murriztea,
ebakuntza-konplikazioak gutxitzea (ez da
beharrezkoa gorputzean bestelako ebakirik
egitea).

Los beneficios que le ofrece este tratamiento sobre
los que se detallan a continuación son: disminución
del tiempo operatorio, disminución de las
complicaciones operatorias (no es necesario
realizar otras incisiones en el cuerpo).

Alternatibak:

Alternativas:

- Zementua
- Autoinplantea
- Finkapenerako beste gailu mekaniko
batzuk (plakak, etab.)

- Cemento
- Autoimplante
- Otros dispositivos mecánicos para fijación
(placas, etc.)



<--

Datuak babesteari buruzko oinarritzko 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