



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO ZAIN-BARNETIK LIDOKAINA SARTZEA / INFUSION INTRAVENOSA DE LIDOCAINA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. INFORMAZIOA:

Zain barnetik anestesiko lokal bat ematea da teknika honen oinarria (lidokaina), jatorri neuropatikoko min kronikoa duten pazienteen min akutu eta ""trataezina"" kentzeko. Nerbio-sistema zentrolean edo periferikoan dagoen lesio bat da minaren eragilea eta hauxek dira sintomak: erresumina, inurridura eta orratzek egindakoen antzeko ziztakoak, mina arropak ukitzean, etab.

Pazienteen bizi-konstanteak monitorizatuta egoten dira teknika egin bitartean (elektrokardiograma etengabe, arteria-presioa eta oxigeno-saturazioa).

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Ziztadaren inguruko molestiak; ordu gutxiren buruan desagertzen dira.

Sinkope basobagala: zenbait estimuluren aurrean pertsona batzuek izaten duten zorabioa da (odola ikustea, analisiak egitea, mina eta abar).

Anestesia lokalak eragindako aldi bateko albo-ondorioak: somnolentzia, zapore metalikoa, zorabio-sentsazioa.

Gutxiagotan bada ere, toxikotasun-zeinu handiagoak eman daitezke: buru-nahasmendua, dardara.

E. PERTSONAREN ARABERAKO ARRISKUAK:

Bihotzeko gaixotasuna: blokeo aurikulobentrikularra eta brakikardia sinusala (ohikoak baino bihotz-erritmo txikiagoak).

Anestesikoaren aurkako alergia

Gibel-gutxiegitasuna.

Epileptikoak

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. INFORMACIÓN:

Esta técnica consiste en la introducción de un anestésico local (Lidocaina) por vía intravenosa para resolver el dolor agudo "intratable" en pacientes portadores de dolor crónico de origen neuropático. Este dolor está producido por la lesión del sistema nervioso central o periférico y se manifiesta en la clínica como: dolor que produce quemazón, hormigueo, pinchazos como alfileres, dolor al roce de la ropa, etc.

Las constantes vitales de los pacientes (electrocardiograma continuo, presión arterial y saturación de O2) estarán monitorizadas en todo momento mientras dure la técnica.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Molestias locales en el lugar de la punción que cede en pocas horas.

Síncope vasovagal. Es un mareo que suele darse en ciertas personas ante determinados estímulos (visión de sangre, análisis, dolor, etc.).

Efectos secundariostemporales debido al anestésico local: somnolencia, sabor metálico, sensación de mareo.

Con menos frecuencia se puede dar signos de toxicidad más intensos: confusión mental, temblor.

E. RIESGOS PERSONALIZADOS::

Enfermedad cardiológica: bloqueo auriculoventricular y bradicardia sinusal (ritmos cardiacos inferiores al normal)

Alergia al anestésico

Insuficiencia hepática

Epilépticos



<-->

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, IRAKURRI ETA ZALANTZAK ARGITZEKO AUKERA EDUKI OSTEAN.

ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZEIN EMAITZA ESPERO DAITEKEEN ETA ZEIN ARRISKU SOR DAITEKEEN ULERTU DUT, HORTAZ.

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, IRAKURRI ETA ZALANTZAK ARGITZEKO AUKERA EDUKI OSTEAN.

ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZEIN EMAITZA ESPERO DAITEKEEN ETA ZEIN ARRISKU SOR DAITEKEEN ULERTU DUT, HORTAZ.

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 / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

-->

Sinadura eta data

Firma/s y fecha



Medikua / 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