



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO AZITRETINO BIDEZKO TRATAMENDUA / TRATAMIENTO CON ACITRETINO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Tratamendu honen helburua da psoriasisaren nahiz keratinizazio-arazoak dituzten beste zenbait gaixotasunen sintomak kontrolatzea.

Tratamendu honen oinarria medikamentu bat ematea da, azitretinoa; A bitaminaren deribatua den azetrinoa, psoriasi izeneko azaleko gaixotasuna tratatzeko erabiltzen da, betiere honelakoa bada: eritrodermiko; pustularra; jeneralizatua; esku-azpi eta hankazpikoa, eta plaketan. Era berean, keratinizazio-arazoei lotutako beste gaixotasun batzuetan ere erabiltzen da. Medikamentu honen bidez, gaixotasunaren sintomak kontrolatzen dira; dena den, ezaugarri genetikoak direla-eta, gerta daiteke tratamendua eten eta sintoma horiek berriro agertzea.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Badakit hainbat albo-ondorio eman daitezkeela tratamenduan nagoen bitartean. Horiek, oro har, oso ezagunak eta kontrolatzeko modukoak dira, medikuaren jarraibideak kontuan hartuz gero; hauexek dira, besteak beste: mukosak lehortzea (ezpain, begi eta sudurzuloak); azala lehor eta hauskor egotea; esku-ahurrean eta hankazpian esfoliazioa gertatzea; muskuluetako eta artikulazioetako mina; eta ilea aldi baterako erortzea. Tratamendu luzeetan, baliteke hezurretan alterazio onberak gertatzea, besteak beste: hiperostosi eskeletikoa eta hezur-kanpoko kartzifikazioa. Horien ondorioz, hazkuntza atzeratu egin daiteke Analisietan agerian geratzen da funtzio hepatikoa aldatu egiten dela, odol-lipidoak gehitu egiten direla, eta, azkenik, glukosa-jasankortasuna aldatu egiten dela, diabetikoen artean. Hori dela-eta, gomendagarria da analisi-kontrolak egitea, bai tratamenduaren hasieran, bai lehenengo hilabetearen amaieran, bai eta hiruhileko bakoitzean ere.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas de la enfermedad denominada psoriasis y de otras enfermedades que tengan trastornos de la queratinización

El tratamiento consiste en la administración de un medicamento, la acitretino, derivado de la vitamina A e indicado en la enfermedad cutánea denominada psoriasis, en las formas eritrodérmica, pustulosa, generalizada, palmoplantar y en placas, y en otras enfermedades que tengan trastornos en la queratinización. Con este medicamento se controlan los síntomas de la enfermedad, aunque por las características genéticas de ésta pueden volver a presentarse una vez suspendido el tratamiento.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Sé que durante el tratamiento pueden aparecer una serie de efectos secundarios, en general bien conocidos y controlables siguiendo las indicaciones del médico, tales como sequedad de mucosas (labios, ojos y fosas nasales), sequedad y fragilidad de piel, exfoliación palmar y plantar, dolores musculares y articulares y caída de pelo transitoria y reversible. En los tratamientos prolongados pueden también presentarse alteraciones benignas de los huesos tales como hiperostosis esquelética y calcificación extraósea, que pueden tener como consecuencia retraso del crecimiento. En los análisis puede evidenciarse alteración de la función hepática, elevación de los lípidos sanguíneos y modificación de la tolerancia a la glucosa en diabéticos, por lo que es aconsejable realizar controles analíticos al inicio del tratamiento, al final del primer mes y posteriormente a intervalos trimestrales.



- **Horretaz gain, medikuak azaldu dit beste medikamentu honek beste botika batzuei eragin diezaiekeela, esate baterako: tetraziklinak, A bitaminako gehigarriak, metotrexatoa, eta fenitoina. Horregatik, ezin dut medikamentu hau hartu beste horiek hartzen ditudan bitartean, betiere ez badiot lehenago medikuari jakinarazten, hark kontrola dezan. Edozein botika hartzekotan, gomendagarria da lehenago medikuarekin kontsultatzea.**

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

<~~ ~>

E.BESTELAKO AUKERAK:

Nire egoeran, tratamendu egokiena hauxe dela erabaki da; baina baliteke beste aukera batzuk ere egotea, egoera bestelakoa izango balitz; aukera horiei hitz egin dut medikuarekin. Horretaz gain, jakinarazi dit proposatutako tratamendua jaso ezean zeintzuk izan daitezkeen ondorioak.

- También me ha advertido el médico que este medicamento puede influir en los efectos de otros medicamentos, como tetraciclinas, suplementos de vitamina A, metotrexato y fenitoína, por lo que no debo tomarlos simultáneamente sin conocimiento y control del médico, siendo recomendable que en caso de tomar cualquier medicamento le consulte previamente.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.



<-->

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