



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO FOTOTERAPIA BIDEZKO TRATAMENDUA / TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Tratamendu honen helburua da azaleko zenbait gaixotasunen sintomak kontrolatzea

Tratamenduaren oinarria da erradiazio ultramore mota ugari ematea larruazalaren gainean. Medikuek jakinarazi dit bere jarraibideak bete behar ditudala, tratamenduan nagoen bitartean; hauek hain zuzen ere: hartu beharreko medikazioa; azalaren zainketa; eta azala eta begiak eguzkitik babestea.

Tratamendua hasi baino lehen, medikuek proba batzuk egingo dizkit, beste gaixotasunen bat ez daukadala ziurtatzeko. Izan ere, edukiz gero, baliteke ezinezkoa izatea tratamendu hau egitea.

Tratamendu hau aukeratzea egokia izanik, eta behar bezala eginda ere, baliteke nahigabeko ondorioak agertzea, hauexek besteak beste: gorritasuna, azalaren pigmentazioa, azkura, azala lehortzea, goragalea edota transaminen kopurua handitzea. Azken horiek zerikusia dute psoralenoak hartzearekin.

Tratamendu honen helburua da azaleko zenbait gaixotasunen sintomak kontrolatzea.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Medikuek bereziki adierazi dit medikamentua desegokia dela haurdun dauden edo bularra ematen ari diren emakumeentzat; era berean, ez da egokia honako hauentzat: medikamentu fotoxikoak hartzen dituzten pazienteak; 10 urte baino gutxiago dituzten umeak; lehendik azaleko lesio gaizto eta/edo aurre-gaiztoak edo kataratak izan dituzten pazienteak.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas de algunas enfermedades de la piel.

El tratamiento consiste en la administración de distintos tipos de radiación ultravioleta sobre la superficie cutánea. Además, el médico me ha advertido que en el curso del tratamiento debo seguir sus indicaciones en cuanto a la toma de medicación, cuidado de la piel, protección solar cutánea y ocular.

Antes de comenzar el tratamiento el médico me realizará unas pruebas con el fin de descartar enfermedades que, de estar presentes, contraindiquen su empleo

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como enrojecimiento, pigmentación de la piel, picor, sequedad cutánea, náuseas y elevación de transaminasas, estos últimos relacionados con la toma de psoralenos.

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas de algunas enfermedades de la piel.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- El médico me ha advertido especialmente que el medicamento está contraindicado en el embarazo y la lactancia o en pacientes que tomen medicaciones fotóxicas, en los menores de 10 años y en los que refieran antecedentes de lesiones cutáneas malignas y/o premalignas o cataratas-



- Era berean, badakit honelakorik izanez gero jakinarazi behar dudala: medikamentuekiko alergiak, koagulazio-alterazioak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo medikazioa, eta abar.

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

<~ ~>

- Sé igualmente que debo avisar posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~ ~>

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.

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