



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

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMERO COLEGIADO MEDICO>>

B. AZALPENA:

Tratamenduaren helburua da akne nodulukistikoa, kongoblata, deritzon gaixotasunaren sintomak kontrolatzea. Ohiko tratamenduek nekez egiten diote aurre, eta orbainak edo dismorofofobikoak eragiteko arriskua handia izaten du.

Tratamendu honen oinarria da isotretinoina medikamentua ematea. Isotretinoina, A bitaminaren deribatua izanik, egokia da akne nodulukistikoa, kongoblata tratatzeko. Baliteke kasu gutxi batzuetan sintomak berriro azaltzea, tratamendua eten ostean. Hortaz, beharrezkoa izango balitz, berriro emango litzateke medikamentua, zortzi asteren buruan.

Hainbat albo-ondorio eman daitezke tratamenduan egon 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 hankapian 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 kaltzifikazioa. Analisieta agerian gera daiteke funtzió 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>> /
<<NUMERO COLEGIADO MEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas de la enfermedad denominada acné noduloquístico, congoblata, con escasa respuesta a tratamientos convencionales, con riesgo de cicatriz o dismorofóbico.

El tratamiento consiste en la administración de un medicamento, la isotretinoina, derivado de la vitamina A e indicado en la enfermedad cutánea denominada acné noduloquístico, congoblata, con escasa respuesta a tratamientos convencionales y riesgo de cicatriz o dismorofóbico. Comprendo que en un pequeño número de casos pueden volver a presentarse los síntomas una vez suspendido el tratamiento que, si fuese necesario, se puede volver a administrar transcurrido el plazo de ocho semanas

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. 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.



C. ARRISKAUAK ETA ARAZOAK:

- Medikuak azaldu dit medikamentu honek alterazio handiak eragiten dituela umekiarenengen. Beraz, ez da erabili behar emakumeak haurdun daudenean, ez eta ugaltzeko garaian egonda, erabat segura den metodo antikontzeptiborik erabiltzen ez badute denbora-tarte honetan: tratamendua hasi baino hilabete lehenago hasi, tratamendua jaso bitartean jarraitu, eta tratamendua eten eta hilabete baten buruan amaitu. Era berean, ezin dute hartu bularra ematen ari diren emakumeek, denbora-tarte berean tetraziklina bidezko tratamendua jasotzen duten pazienteek, eta, azkenik, honelako arazorik duten pazienteek: buru-hezur barruko hipertensioa, giltzurrunekeko gutxiegitasuna, gibeleko gaixotasuna, hiperlipemia, A hiperbitaminosis eta produktuarekiko hipersentikortasuna. Beraz, hauetako gaixotasunen bat dudala uste badut, medikuari jakinarazi behar dio**
- Horretaz gain, medikuak azaldu dit beste medikamentu honek beste botika batzuei eragin diezaiekeela, esate baterako: tetraziklinak, eta A bitaminako gehigarriak. Horregatik, ezin dut medikamentu hau hartu beste horiek hartzen ditutan bitartean, betiere ez badiot lehenago medikuari jakinarazten, hark kontrola dezan. Edozein botika hartzekotan, gomendagarria da lehenago medikuarekin konsultatzea.**

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

<~~ ~~~>

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- El médico me ha informado que este medicamento produce importantes alteraciones con el feto humano, por lo que está contraindicado en el embarazo y en mujeres en edad fértil que no tengan un método anticonceptivo absolutamente seguro un mes antes de comenzar el tratamiento, durante éste y un mes después de suspenderlo. También está contraindicado durante la lactancia, durante el tratamiento simultáneo con tetraciclinas y en pacientes con hipertensión intracraneal, insuficiencia renal, enfermedad hepática, hiperlipemia, hipervitaminosis A e hipersensibilidad al producto, por lo que deberá informar al médico si creo padecer alguna de estas enfermedades.
- También me ha advertido el médico que este medicamento puede influir en los efectos de otros medicamentos, como tetraciclinas, suplementos de vitamina A, 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 ESPECÍFICAS:

<~~ ~~~>

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.



IKK / CIC: <<CIC>>

Data / Fecha: <<FECHA>>

Adina / Edad: <<EDAD>>

Izena / Nombre: <<NOMBREPACIENTE>>

1. abizena / 1º apellido: <<APELIDO1PACIENTE>>

2. abizena / 2º apellido: <<APELIDO2PACIENTE>>

Zerbitzua- Unitatea / Servicio-Unidad: <<DESC_SERVICIO>> /
<<DESC_SECCION>>

<~~~

Datuak babeseari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta lagunza-jarduera kudeatzeko, legezko betebehar bat betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialean eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetzako 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.

~~> Pazienteak / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

~~> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELIDO1PACIENTE>> <<APELIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

~~> Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



DEBAGOIENEKO
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA
DEBAGOIENA

IKK / CIC: <<CIC>>

Data / Fecha: <<FECHA>>

Adina / Edad: <<EDAD>>

Izena / Nombre: <<NOMBREPACIENTE>>

1. abizena / 1º apellido: <<APELIDO1PACIENTE>>

2. abizena / 2º apellido: <<APELIDO2PACIENTE>>

Zerbitzua- Unitatea / Servicio-Unidad: <<DESC_SERVICIO>> /
<<DESC_SECCION>>

Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMERO COLEGIADO MEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkaria: 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