



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

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Teknika honen helburua da azaleko gaixotasun larri bat kontrolatzea, medikamentu immunosupresore bat erabiliz.

Tratamendu honen oinarria da metratoxatoa medikamentua ematea. Metratoxatoa immunosupresorea da, eta azaleko gaixotasun larriak kontrolatzeko erabiltzen da, ezinezkoa denean hori egitea beste tratamendu batzuen bidez.

Tratamendua hasi baino lehen, medikuak proba batzuk egingo dizkit, beste gaixotasunen bat ote dudan jakiteko. Izan ere, edukiz gero, baliteke ezinezkoa izatea tratamendu hau erabiltzea.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Tratamendu hau aukeratzea egokia izanik, eta behar bezala eginda ere, baliteke nahigabeko ondorioak agertzea, hauexek besteak beste: ultzera mukosoak; goragalea; sabeleko ondoeza; eta leukopenia (odoleko globulo zuririk gutxitzea). Gutxiagotan izan arren, honelakoak ere eman daitezke: azkura; fotosentikortasuna (eguzkitan jartzearen ondorioz azalak izaten duen erreakzioa); despigmentazioa; alopezia; gorakoa; beherakoa; transaminasa tasa handitzea; ultzera peptikoa; hilekoaren gorabeherak; oligospermia; zefaleak; ikusmen lausoa; eta beste zenbait nerbio-alterazio.
- Medikuak bereziki adierazi dit botika hau ezin zaiela eman haurdun eta bularra emateko garaian dauden emakumeei, giltzurruneko edo gibelesko gutxiegitasuna duten pazienteei, eta odoleko zenbait gaixotasun dituzten pazienteei.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El objetivo del tratamiento es controlar mi enfermedad cutánea de presentación severa, mediante un medicamento inmunosupresor

El tratamiento consiste en la administración de un medicamento, el metratoxato, que es un inmunosupresor utilizado para el control de enfermedades cutáneas de presentación severa que no son subsidiarias de otros tratamientos.

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

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como úlceras mucosas, náuseas, malestar abdominal y leucopenia (disminución del número de glóbulos blancos en la sangre) y, con menos frecuencia, picor, fotosensibilidad (reacción de la piel a la exposición solar) despigmentación, alopecia, vómitos, diarrea, aumentos de transaminasas, úlcera péptica, alteraciones menstruales, oligospermia, cefaleas, visión borrosa y otras alteraciones nerviosas.
- El médico me ha advertido especialmente que el medicamento está contraindicado en el embarazo y la lactancia, en casos de insuficiencia renal o hepática y en algunas enfermedades de la sangre.



- Bestetik, adierazi dit botika honek interakzioak izan ditzakeela beste botika batzuekin. Hori dela-eta, metotrexatorekin tratamenduan nagoen bitartean, hartu behar ditudan botika guztien berri eman behar diot.
- Era berean, badakit ondoko hauen berri eman behar dudala: medikamentuekiko alergiak, orbaintze anomaloak, koagulazio-alterazioak, gaixotasun kardiopulmonarrak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo medikamentuak eta bestelako edozein zirkunstantzia
- También me ha advertido de que el medicamento puede tener interacciones con otros medicamentos, por lo que debo comunicarle todos los que tome durante el tratamiento con metotrexato.
- Sé igualmente que debo avisar posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia.

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

<~~ ~>

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 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