



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO ZIKLOSPORINA BIDEZKO TRATAMENDUA / TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Teknika honen helburua da azaleko gaixotasun larri bat kontrolatzea, horretarako botika immunosupresoreak erabiliz.

Tratamendu honetan botika bat ematen da: ziklosporina. Ziklosporina immunosupresorea da eta azaleko gaixotasun larriak kontrolatzeko erabiltzen da, betiere beste tratamenduren bat ematerik ez dagoenean.

Tratamendua hasi baino lehen, medikuak proba batzuk egingo ditu, beste gaixotasunik ote dagoen jakiteko. Izan ere, horrelakorik edukiz gero, baliteke tratamendu hau egokia ez izatea.

Tratamendu hau aukeratzea egokia izan, eta egoki erabilita ere, baliteke nahigabeko ondorioak agertzea, besteak beste: biloa gehitzea, dardara izatea, giltzurrunen funtzioa aldatzea, eta tentsio arteriala igotzea. Era berean, honelakorik ere eman daiteke, gutxiagotan bada ere: transaminasak gehitzea, nekea izatea, oimukosa gehiegi areagotzea, goragalea eta gorakoa izatea, beherakoa izatea, eta erremina izatea eskuetan eta hanketan.

Teknika honen helburua da azaleko gaixotasun larri bat kontrolatzea, horretarako botika immunosupresoreak erabiliz.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Medikuak bereziki adierazi dit botika hau kontraindikaturik dagoela haurdunaldian eta bularra emateko garaian.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El objetivo de la técnica es controlar mi enfermedad cutánea de presentación severa, mediante un medicamento inmunosupresor.

El tratamiento consiste en la administración de un medicamento, la ciclosporina, 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.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como aumento del vello, temblor, alteración de la función renal y aumento de la presión arterial, y con menos frecuencia, aumento de las transaminasas, cansancio, crecimiento exagerado de la mucosa de las encías, náuseas vómitos, diarreas y quemazón en manos y pies.

El objetivo de la técnica es controlar mi enfermedad cutánea de presentación severa, mediante un medicamento inmunosupresor.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- El médico me ha advertido especialmente que el medicamento está contraindicado en el embarazo y la lactancia.



- Era berean, adierazi dit botika honek interakzioak izan ditzakeela, beste botika batzuekin. Hori dela-eta, hartu behar ditudan botika guztien berri eman behar diot, ziklosporinarekin tratamenduan nagoen bitartean.
- Era berean, badakit honelakorik izanez gero jakinarazi behar dudala: botikaren batekiko alergia, orbantze anomaloak, koagulazio-alterazioak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo medikazioa, eta abar.
- También me ha advertido de que el medicamento puede tener interacciones con otros medicamentos, por lo que debe comunicarle todos los que tome durante el tratamiento con ciclosporina.
- 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 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