



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
GORPUTZ BEIRAKARAREN BARNEKO INJEKZIOA (TRIAMZINOLONA GBB)
INYECCION INTRAVITREA (TRIAMCINOLONA I.V.)**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Lekukoa aurrean dagoela, Oftalmologian fakultatibo espezialista den medikuak azaldu dit medikazio bat jaso dezakedala gorputz beirakararen barneko injekzio bidez (23 g-ko orratz txiki bat erabiliz).

Medikazioaren izena: <~ ~>

Hau guztia jakinazi dit: zein medikazio mota den; zelako ekintza-mekanismoa daukan; zeintzuk diren arriskuak eta lor ditzakedan onurak; eta beste tratamendu mota batzuek nolako alternatibak eskaintzen dituzten.

Badakit medikazio mota hau ez dagoela oraindik baimenduta, eta lehenago zehaztu ez den aurkako eraginen bat eduki dezakeela. Jakitun nago gorputz beirakararen baretik ematen den medikazioaren injekzioak arrisku hauek dituela: odol-jarioa, infekzioa, begi-barneko presioa gehitzea, kataratak, erretina askatzea eta ikusmen-galera. Onartzen dut horiek eman ahal izatea, daukadan osasun-arazoari begira onuragarria izango delakoan.

Onartzen dut medikazioa hartzea borondatezkoa dela, eta emateari uko egin ahal diodala nik hala nahi dudan unean.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El Médico/La Médica, como Facultativo/a Especialista en Oftalmología, en presencia del/de la testigo, me comunica la posibilidad de recibir una medicación, mediante inyección intravítrea con una pequeña aguja de 23 g.
Denominación de la medicación: <~ ~>

Me informa del tipo de medicación de que se trata, de su mecanismo de acción, de los riesgos y beneficios que puedo obtener, así como de la alternativa aportada por otros tipos de tratamiento.

Soy consciente de que esta medicación aún no está autorizada para esta indicación y de que puede tener algún efecto adverso no descrito anteriormente. Conozco que la inyección de medicación intraocular tiene el riesgo de sangrado, infección, aumento de la presión intraocular, catarata, desprendimiento de retina y pérdida de visión. Asumo su posible presentación a cambio de un beneficio para el problema de salud que padezco.

Asumo que la recepción de la medicación es voluntaria y que puedo renunciar a su administración en el momento que yo estime adecuado.



<--

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 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.

-->

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

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko 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