



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
GORPUTZ BEIRAKARAREN BARNEKO INJEKZIOA (AFLIBERCEPT  
INYECCION INTRAVITREA (AFLIBERCEPT)**

**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, orratz txiki bat erabilia.

Medikazioaren izena: <~ ~>

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

- Jakinarazi didate gorputz beirakararen barnetik ematen den medikazioa ziztatzeko 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 hura emateari uko egin ahal diodala nik nahi dudan unean.

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

Nire egoeragatik, medikuak azaldu dit arrisku edo konplikazio hauek areagotu daitezkeela:  
<~ ~>

**E. BESTELAKO AUKERAK:**

Nire egoeran medikazio hori erabili beharra dago, ez dagoelako berriazko eta onartutako beste medikamenturik, edo aukeratutako tratamenduaren aurrean erantzunik ez delako egon.

**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.

Denominación de la medicación: <~ ~>

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- Se me ha informado 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.

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

Por mi situación actual, el medico me ha explicado que pueden aumentar riesgos o complicaciones como:

<~ ~>

**E. ALTERNATIVAS:**

La razón para su uso en mis circunstancias es por la ausencia de otro medicamento específico y autorizado o por la falta de respuesta al tratamiento de elección.



<--

**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**

**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