



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
MEDIKAMENTUEKIKO ALERGIARI BURUZKO AZTERKETA
REALIZACION DE ESTUDIO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Medikamentuek eragiten duten alergiari buruzko azterketaren oinarria da historia kliniko bat osatzea; bertan, datu hauek jasotzen dira: agian alergia eragin dezaketen medikamentuak, alergia horren aurrean eman diren erreakzioen deskripzioa eta nola bideratu ziren, eta pazienteak inolako arazo barik toleratzen dituen medikamentuen zerrenda.

Gerora, proba batzuk egin behar dira odolean edota larruazalean medikamentuekin, kasu bakoitzean behar denaren arabera. Azkenean, ondorio argirik atera ezean, tolerantzia-proba batzuk ere egin daitezke.

Medikamentuekiko tolerantzia-proba egiteko, gero eta farmako kantitate handiagoa ematen da, jasaten ote den ikusteko, eta alergia-sintomarik EZ dela agertzen ziurtatzeko, betiere etengabeko kontrol eta zaintzapean.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- **Proba hauek badute arriskurik. Hala ere, oso gutxitan eragiten dute erreakziorik, eta gainera, arinak izan ohi dira. Dena den, oso-oso gutxitan bada ere, erreakzio larriak ager daitezke, bizia bera ere arriskuan jartzeko modukoak.**
- **Proba hauek talde tekniko eta osasun arloko langile espezializatuen ardurapean egiten dira. Etengabeko zaintzapean egiten da, behar den arreta mediko eta sanitarioak eskura daudela, eta behar den tratamendua eskainita.**

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El estudio de una alergia a medicamentos consiste en la realización de una historia clínica, en la que se recogen datos de los medicamentos sospechosos de la alergia, una descripción de la reacción adversa y como se resolvió, además de recoger el listado de medicamentos que el paciente tolera sin problemas.

Posteriormente se realizarán pruebas con medicamentos en la sangre y/o en la piel, según se precise en cada caso, y al final si el estudio no es concluyente se puede llegar a una prueba de tolerancia

La prueba de tolerancia a medicamentos consiste en la administración de cantidades crecientes del fármaco, para observar su tolerancia y la NO aparición de síntomas de alergia bajo control y supervisión continuada.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Estas pruebas no están exentas de riesgo. Aunque raramente pueden provocar reacciones, leves en su mayoría, pero a veces y muy raramente pueden ser reacciones graves que pueden comprometer la vida.
- Estas pruebas se realizarán con el equipo técnico y personal sanitario especializado en las mismas, estando protegido continuamente con la asistencia médica y sanitaria adecuada y con los tratamientos que precise.



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

MEDIKAMENTU batzuk hartzeko beldurra edo joerak ondoeza, zorabioa edo goragaleak sor ditzake, berez probarekin berarekin zerikusirik izan gabe. Hala ere sintoma horiek kontuan izan behar dituzte bai pazienteek, bai horren kontrolaz eta tratamenduaz arduratzen diren langileek.

E.BESTELAKO AUKERAK:

- Gaixotasun jakin batzuetan, medikamentu alternatiboak har daitezke, eta ez dira azterketa hauek derrigorrean egin behar.
- Azterketa amaituta, medikamentu zehatz bat toleratzeak ez du esan nahi medikamentu horrekiko alergiarik sortuko ez denik gerora. Azterketa honek ez du bermatzen medikamentu horri ez zaionik inoiz alergiarik izango.
- Azterketa hau egitea onartu ezean, ezin izango dut dena delako medikamentu susmagarri hori hartu, ezta familia farmakologiko berekorik edo antzerako osaera molekularra duenik ere, alergia-erreakzio gurutzatatu bat sortzeko aukera badago behintzat. Horrelakoetan, medikamentu alternatiboa hartu beharko nuke.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

La predisposición o el miedo a tomar ciertos MEDICAMENTOS pueden condicionar un malestar, mareo, náuseas, etc. no relacionados con el procedimiento en si, pero que deben de ser tenidos en cuenta por el paciente y el personal especializado en su control y tratamiento.

E. ALTERNATIVAS:

- En determinadas enfermedades pueden ser útiles fármacos alternativos y por ello no es necesario someterse a estos estudios.
- Una vez finalizado el estudio, la tolerancia a un determinado medicamento, no quiere decir que, en un futuro más o menos lejano, no pueda sensibilizarse al mismo. Este estudio no garantiza la ausencia de alergia al fármaco implicado para siempre.
- En caso de no aceptar el estudio, se me deberá suspender el medicamento sospechoso y aquellos pertenecientes a la misma familia farmacológica o de parecida conformación molecular que puedan producir una reacción alérgica cruzada. Procediendo en este caso a darme una medicación alternativa.



<-->

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