

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT TRACTAMENT AMB ISOTRETINOÏNA

..... Núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... de ..... anys,  
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)  
amb domicili a ..... i DNI núm. ....  
en qualitat de .....de .....  
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

### DECLARO

Que el doctor/a.....  
(Nom i dos cognoms del facultatiu que facilita la informació)  
m'ha explicat que és convenient, en la meva situació, rebre TRACTAMENT AMB ISOTRETINOÏNA

- L'objectiu del tractament és controlar els símptomes de la malaltia anomenada acne noduloquística, *conglobada*, amb escassa resposta a tractaments habituals o amb riscos de cicatrius o dismorfofòbic.
- El tractament consisteix en l'administració d'isotretinoïna, derivat de la vitamina A. En un reduït nombre de casos es poden tornar a presentar els símptomes una vegada suspès el tractament i, si és necessari es pot tornar a administrar després de 8 setmanes.
- He estat informat que durant aquest tractament poden aparèixer uns efectes secundaris, en general ben identificats i controlables.
- El metge/essa m'ha lliurat un full informatiu sobre aquests efectes, i com tractar-los si es dóna el cas.
- El metge/essa m'ha informat que aquest medicament produeix importants malformacions en el fetus, per la qual cosa està contraindicat durant l'embaràs i en dones en edat fèrtil que no fan servir un mètode anticonceptiu segur, un mes abans de començar el tractament, durant i un mes després d'acabar-lo. També està contraindicat durant la lactància, en pacients amb hipertensió entrecanal, malalties hepàtiques, insuficiència renal, hiperlipèmia, hipervitaminosis A o hipersensibilitat al producte. En cas de patir alguna d'aquestes malalties, cal informar el metge/essa.
- També se m'ha advertit que pot influir en l'efecte d'altres medicaments, com les tetraciclines i suplementes de vitamina A, per la qual cosa no he de prendre'ls simultàniament sense coneixement ni control mèdic, essent recomanable que en cas de prendre qualsevol medicament ho consulti prèviament.

- En el meu cas, s'ha considerat que aquest és el tractament més adequat, encara que poden existir altres alternatives que he tingut l'oportunitat de comentar amb el metge/essa.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que s'iniciï el tractament amb isotretinoïna.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de ..... de 20.....

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

### DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meva situació és convenient una ....., que té per objecte .....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per .....

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat, i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a .....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de ..... de 20.....