

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

### TRACTAMENT AMB METOTREXAT

..... 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 ..... m'ha explicat que  
(Nom i dos cognoms del facultatiu que facilita la informació)  
pateixo un embaràs ectòpic, que és la implantació de l'embrió fora de la cavitat endometrial, que no és viable i suposa un risc per la vida, i que per tant, ha de ser extirpat com més aviat millor. L'extirpació pot fer-se per via quirúrgica o farmacològica. Em comenta que en la meua situació és convenient realitzar el TRACTAMENT FARMACOLÒGIC AMB METOTREXAT.

1.- L'objectiu del tractament es extirpar l'embrió sense la necessitat de cirurgia, tot i que en pocs casos es necessària un cop administrat el tractament.

2.- El tractament consisteix en l'administració d'un medicament, el metotrexat, antagonista de l'àcid fòlic, que interfereix en la síntesis d'ADN i la multiplicació cel·lular. S'administra per via intramuscular a dosis única. En cas necessari és possible una segona dosi al cap d'una setmana aproximadament. Es realitza un seguiment que pot durar fins 1 mes.

3.- Sé que durant el tractament poden aparèixer una sèrie d'efectes secundaris, com nàusees, vòmits, estomatitis, gastritis, alopecía reversible, anèmia, pneumopatia, malestar, cansament no justificat, calfreds, febre, marejos. També m'han informat de la possible alteració en les analítiques, dels paràmetres hepàtics.

És relativament freqüent el dolor abdominal generalment d'uns 8 dies de durada degut a la resolució de l'embaràs. En cas de necessitar analgèsia es pot prendre Paracetamol 1g/8h. No prendre altres analgèsics.

En cas de patir algun dels efectes adversos, comunicar-ho al metge.

Aquest fàrmac està contraindicat durant la lactància, en pacient amb insuficiència hepàtica o renal, amb síndromes d'immunodeficiència clínica i hipersensibilitat al producte, pel que hauré d'informar al metge/essa si tinc o sospito tenir alguna d'aquestes malalties o situacions.

També m'ha advertit el metge/essa que aquest medicament pot influir en els efectes d'altres medicaments, i que no s'hauria de prendre conjuntament amb AINE (àcid acetilsalicilic,...). També hi ha una interacció important amb grans grups d'antibiòtics, així que si he de prendre algun d'aquests informaré abans al metge.

És recomanable doncs, que en cas de prendre qualsevol medicament ho consulti prèviament.

4.- Sé que durant el tractament i fins el final del seguiment he de:

- Evitar les relacions sexuals, i no prendre alcohol.
- Evitar l'exposició al sol.
- Beure força líquids (mínim 1,5 litres al dia)
- Evitar un embaràs durant els 4 mesos posteriors a l'administració, degut al possible efecte teratògen.

Altres riscos o complicacions que poden aparèixer tenint en compte les meves circumstàncies personals (estat previ de salut, edat, professió, creences, etc.) són:

.....  
.....  
.....  
.....

5.- En el meu cas en particular, s'ha considerat que aquest és el tractament més adequat, encara que poden existir altres alternatives que estarien indicades en un altre cas i que he tingut l'oportunitat de comentar amb el metge/essa. També he estat informat de les possibles conseqüències de no realitzar el tractament que se'm proposa.

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://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que se'm administri aquest medicament.

**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  
una.....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

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