

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT TRACTAMENT AMB ACITRETINA

..... 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 dede
(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 meua situació realitzar el TRACTAMENT AMB ACITRETINA.

- L'objectiu del tractament és controlar els símptomes de la malaltia denominada psoriasi i d'altres malalties que tinguin trastorns de la queratinització.
- El tractament consisteix en l'administració d'un medicament, l'acitretina, derivada de la vitamina A i indicat en la malaltia cutània denominada psoriasi, en les formes eritrodèrmica, pustulosa, generalitzada palmoplantar i en plaques, i en altres malalties que tinguin trastorns en la queratinització. Amb aquest medicament es controlen els símptomes de la malaltia, encara que per les característiques genètiques d'aquesta poden tornar a presentar-se una vegada suspès el tractament.
- Sé que durant el tractament pot aparèixer una sèrie d'efectes secundaris, en general ben coneguts i controlats seguint les indicacions del metge, tal com sequedat de mucoses (llavis, ulls i fosses nasals) sequedat i fragilitat de pell, exfoliació palmar i plantar, dolors musculars i articulars i caiguda de pell transitòria i reversible.

En les anàlisis pot evidenciar-se l'alteració de la funció hepàtica, elevació dels lípids sanguinis i modificació de la tolerància a la glucosa en diabètics, per la qual cosa és aconsellable realitzar controls analítics a l'inici del tractament, al final del primer mes i posteriorment a intervals trimestrals.

El metge m'ha informat que aquest medicament produeix importants alteracions en el fetus humà, per això està contraindicat en l'embaràs i en les dones en edat fèrtil que no tinguin un mètode anticonceptiu absolutament segur un mes abans de començar el tractament, durant aquest i dos anys després de suspendre'l.

També està contraindicat durant la lactància, durant el tractament simultani amb tetraciclins i en pacients amb hipertensió intracranial, insuficiència renal, malaltia hepàtica, hiperlipèmia, hipervitaminosi A i hipersensibilitat al producte, per la qual cosa haurà d'informar al metge si creu tenir alguna d'aquestes malalties.

També m'ha advertit el metge que aquest medicament pot influir en els efectes d'altres medicaments, com tetraciclins, suplementos de vitamina A, metotrexat i fenitoïna, per la qual cosa no haig de prendre'ls simultàniament sense coneixement i control del metge, i és recomanable que en cas de prendre qualsevol medicament ho consulti prèviament.

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

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

- 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. 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 practiqui aquest tractament amb acitretina.

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.....