

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT PEL TRACTAMENT AMB CICLOSPORINA

..... 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 meua situació, rebre TRACTAMENT AMB CICLOSPORINA.

- L'objectiu del tractament és controlar la malaltia cutània de presentació severa, mitjançant un medicament immunosupressor.
- El tractament consisteix en l'administració de ciclosporina, que es un immunosupressor utilitzat per al control de malalties cutànies de presentació severa que no són subsidiàries d'altres tractaments.

Abans de començar el tractament el metge/essa realitzarà unes proves amb l'objectiu de descartar malalties que, d'estar presents, contraindiquen la seva utilització.

- Entenc que tot i l'adequada elecció del tractament i de la correcta realització poden presentar-se efectes no desitjats, com augment del pèl, tremolor, alteració de la funció renal i augment de la pressió arterial, i amb menys freqüència, augment de les transaminases, cansament, creixement exagerat de la mucosa de les genives, nàusees, vòmits, diarrea i, cremor a les mans i peus.

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

.....  
.....

El metge/essa m'ha explicat que el medicament està contraindicat en embaràs i lactància. També m'ha advertit que el medicament pot tenir interaccions amb altres medicaments, per aquesta raó, he de comunicar-li tots els que prenc durant el tractament amb ciclosporina.

Se que he d'avisar sobre possibles al·lèrgies medicamentoses, cicatritzacions anòmales, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, pròtesis, marcapassos, medicacions actuals i qualsevol altre circumstància.

- 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. 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 Garroixa 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 s'iniciï el tractament amb ciclosporina.

**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 meua 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.....