

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

ÚS DUPILUMAB (DUPIXENT®)

TRACTAMENT DE LA DERMATITIS ATÒPICA

..... 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.....m'ha explicat
(Nom i cognoms del facultatiu que facilita la informació)
la possibilitat de fer el tractament de la dermatitis atòpica que pateixo amb Dupixent®.

1. L'objectiu del tractament és millorar el control de la malaltia, la qualitat de vida del pacient i disminuir els efectes secundaris d'altres tractaments.
2. El tractament consisteix en l'administració de Dupixent® per via subcutània (a través de la pell). La dosi i periodicitat setmanal o mensual ve determinada pels assajos clínics i pel seu metge/essa especialista.
3. El temps de tractament amb Dupixent® es determinarà segons la seva evolució clínica i d'acord amb el seu metge/essa.
4. Durant el tractament poden aparèixer una sèrie d'efectes secundaris: les reaccions adverses notificades amb més freqüència van ser les reaccions en el lloc de la injecció, conjuntivitis, blefaritis i herpes oral. La majoria de les reaccions van ser de naturalesa lleu o moderada.

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 informat/ada 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 faci el tractament per a la dermatitis atòpica amb Dupixent®.

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 el tractament, 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.....