

**TOXINA BOTULINIKOA EMATEKO EGITEKO BAIMEN INFORMATUA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADMINISTRACIÓN TOXINA BOTULÍNICA****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....**B. INFORMAZIOA:**

- **Toxina botulinikoa** bakterio batek sortzen duen sustantzia da. Muskuluaren paralisia eragiten du, nerbioaren eta muskuluaren arteko loturan nerbio-transmisioa blokeatuz.
- **Indikazioak:** zenbait muskulutako uzkurdura eutsia (espastizitatea) eragiten duten gaixotasunentzat; hala nola, trombosia edo garuneko odol-jarioak, garuneko paralisia, garezur-garuneko traumatismoa, esklerosi anizkoitza, tortikulis espasmodikoa, aurpegi erdiko espasmoa, betazalen espasmoa eta abar.
- **Kontraindikazioak:** miastenia larria; Eaton-Lamberten sindromea; haurdunaldia; aminoglukosidoen erabilera; beste gaixotasun neuromuskular batzuk.

Muskulu barnetik ematen da, eta eraginak 2-4 hilabete irauten du.

**C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:  
(Errehabilitazioko Zerbitzuan egiten den espastizitatearen indikazio medikoari dagokionez)**

- Oro har, konplikazioak injekzioaren ondorengo egunetan gertatzen dira, eta iragankorrak dira.
- **Ondorio lokalak:** maizkoena ahultasun muskularra da, eta eroriko gehiago gerta daitezke; min lokala; sentiberatasuna edo hematoma injekzioa eman dizuten aldean; irensteko zailtasuna.
- **Ondorio sistemikoak:** gripearen sintomak; erreakzio alergiko larriak; neke handia; ahultasun muskular orokorra; gerneru-inkontinentzia; gonbitoak; logura.
- Gai dosien kasuan paralisi neuromuskular urrun eta sakona eragin dezake. Arnas muskuluetako paralisia gertatuz gero, arnasketa lagundua erabili beharko da.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

**A. IDENTIFICACIÓN:**NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....**B. INFORMACIÓN:**

- **La Toxina Botulínica** es una sustancia que produce una bacteria y que actúa a nivel de la unión entre el nervio y el músculo, bloqueando la transmisión nerviosa y produciendo la parálisis del músculo.
- **Indicaciones:** enfermedades que producen contracción mantenida de determinados músculos (Espasticidad) como trombosis o hemorragias cerebrales, parálisis cerebral, traumatismo craneo encefálico, esclerosis múltiple, tortícolis espasmódica, espasmo de media cara, espasmo de los párpados, etc...
- **Contraindicaciones:** Miastenia gravis. Síndrome Eaton-Lambert. Embarazo. Uso de aminoglucósidos. Otras enfermedades neuromusculares.

Se aplica por vía intramuscular y su efecto dura de 2-4 meses.

**C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES: (Relativos a la indicación médica de espasticidad, usada en el Servicio de Rehabilitación)**

- En general las complicaciones se producen en los días siguientes a la inyección y tienen carácter transitorio.
- **Efectos locales:** El más frecuente es la debilidad muscular con posible aumento de caídas. Dolor localizado. Sensibilidad y/o hematoma en el lugar de inyección. Dificultad para tragar
- **Efectos sistémicos:** Síntomas gripales. Reacciones alérgicas graves Fatiga excesiva. Debilidad muscular generalizada. Incontinencia urinaria. Vómitos. Somnolencia.
- En caso de sobredosis puede producir parálisis neuromuscular distante y profunda. Si causara parálisis de músculos respiratorios, sería necesario respiración asistida.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikiak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. BESTELAKO AUKERAK:**

Tratatzen zaituen talde medikoak zure kasurako aukera onena hau dela uste duen arren, badira beste aukera batzuk: fisioterapia, aho bidezko medikazioa, nerbio-blokeoak, medikazio intratekala, kirurgia.

**D.- AVISENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E.- RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F.- ALTERNATIVAS:**

Aunque el equipo que le trata considera que en su caso concreto esta es la mejor opción existen otras posibilidades de tratamiento como son fisioterapia, medicación oral, bloqueos nerviosos, medicación intratecal, cirugía.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos  
.....**Sinadura eta data**

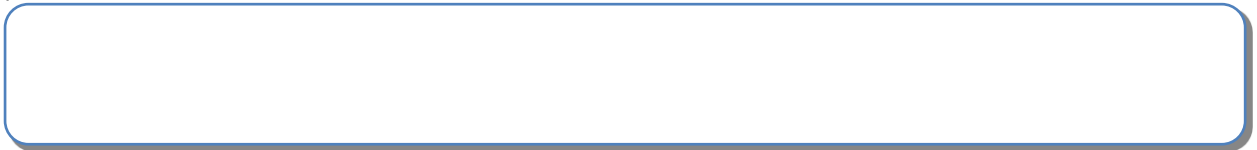
Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal****Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento.  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

