

MEDIKAMENTUEKIKO DESENTIKORTZEA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESENSIBILIZACIÓN A MEDICAMENTOS.

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Honetan datza: alergia diozun medikamentuaren dosi progresiboak hartzea (ahotik edo injezioz). Batzuetan, helburua betetzeko eta tolerantzia sustatzeko, aurremedikazio bat hartzen da. Alergia diozun medikamentua toleratzea lortzeko egiten da. Teknika horren eraginak ez du betirako irauten. Etorkizunean medikamentu horretatik behar baduzu, teknika bera erabili beharko litzateke berriz ere.

Batzuetan, beharrezkoa da, lehenengo, larruzaleko proba bat egitea. Gero, farmakoaren kopuru txiki bat ematen da, eta, tarteka, handitu egiten da, behar duzun dosira iritsi arte. Denbora guztian kontrolatuta edukiko zaitu talde entrenatu eta eskarmentudun batek. Probak zenbait ordu irauten du, baina egunak ere behar izan daitezke.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

OHIKOAK: Oro har arazo arinak izaten dira.

- Min lokalak ziztatutako tokian (erredura edo azkura). Ordu gutxiren buruan desagertzen dira.

Zorabioa. Pertsona batzuek izaten dute egoera jakin batzuetan (analisetan, odola ikustean, mina, eta abar). Bero sentipena, izerdia eta konortea galtzea eragiten ditu. Jakinarazi egin behar diguzu sintoma horiek sumatzen badituzu. Ez da larria eta medikazioarekin desagertzen da. Ez da erreakzio alergikoa.

- Larruzalaren erupzioak. Batzuetan, hazkura eta gorriuneak izaten dira larruzalean; proba eten eta medikazioa eman orduko desagertzen dira.

LARRIAK:

- Arnasakoak. Afonia, txistua bularrean eta itobeharra. Proba etengo da, eta tratamendua emango dizugu.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

Consiste en que usted tome dosis progresivas del medicamento al que es alérgico (por la boca o mediante inyección). En ocasiones para alcanzar este objetivo y favorecer la tolerancia, se administra una premedicación. Sirve para lograr que tolere el medicamento al que es alérgico. Los efectos de esta técnica no duran para siempre. Si en un futuro necesitara del mismo medicamento habría que realizar de nuevo esta técnica.

En algunos casos es necesario realizar antes una prueba en la piel. A continuación, se le da una pequeña cantidad del fármaco que se va aumentando cada cierto tiempo, hasta llegar a las dosis que usted tendrá que tomar del medicamento. En todo momento estará controlado por un equipo entrenado y con experiencia. La prueba dura normalmente varias horas, aunque se pueden necesitar días.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

MÁS FRECUENTES: En general son problemas leves.

- Molestias locales en el lugar de punción (escozor o picor). Desaparecen en pocas horas.
- Mareo. Suele darse en algunas personas en ciertas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.). Produce sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisarnos si nota estos síntomas. No es grave y desaparece con medicación. No es una reacción alérgica.
- Erupciones en la piel. Con alguna frecuencia aparecen picores con enrojecimiento de la piel o ronchas que desaparecen al suspender momentáneamente la prueba y administrarle medicación para ello.

GRAVES:

- Respiratorias. Afonía, pitos en el pecho y sensación de asfixia. Se suspenderá la prueba y le administraremos un tratamiento.

Digestiokoak. Sabeleko mina, goragalea, gorakoa edo beherakoa. Proba etengo da, eta tratamendua emango dizugu.

Oso arraroa. Zorabioak jo zaitzake, tentsioa jaitsi, konbultsioak izan eta bihotza eta arnasa gelditu. Kasu horretan, bizkortzeko neurriak hartuko dira. Larria da, baina oro har itzulgarria; edonola ere, bakanki, heriotza ere eragin dezake.

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

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. ORDEZKO AUKERAK:

Ez dago bestelako tratamendurik.

- Digestivas. Dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarrea. Se suspenderá la prueba y le administraremos un tratamiento.

- Muy rara vez. Puede producirse mareo, bajada de tensión, convulsiones e incluso parada cardio-respiratoria. En este caso se tomarán medidas de reanimación. Es grave pero generalmente reversible, aunque de forma excepcional puede provocar la muerte.

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

D. AVÍSENOS:

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:

No existe tratamiento alternativo.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>.

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>.

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/EI/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

Legezko Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: 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