

## PROBA EPIKUTANEOAK EGITEKO BAIMEN INFORMATUA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS

#### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....

#### B. INFORMAZIOA:

- Proba epikutaneoen bidez (kontaktu-alergia probak edo partxe-probak ere esaten zaie), larruazaleko kontaktu-alergiak detektatu nahi dira.
- Prozedura honetan, partxe batzuk jarri, eta eurretan substantzia kimiko susmagarriak sartzen dira. Normalean, bizkarrean jartzen dira eta bi egun uzten dira esparatrapuarekin itsatsita. Partxeak kentzean, eta ondorengo egunetan (normalean, bi egun geroago), proben irakurketa egiten da. Batzuetan, eguzkiaren antzeko erradiazio bat erabiltzen dugu kasuak aztertzeko (fotopartxearen proba), argiak gaixotasunean zerikusia daukala susmatzen badugu.
- Kasu batzuetan, zure patologiarako aholkatutako partxeak aplikatzeaz gain, beste partxe batzuk aplikatu ahal izango dira, baina beste gaixo batzuentzat klinikoki esanguratsuak diren helburu epidemiologikoetarako edo ikertzeko bakarrik. Proba horiek egiteak ez du arrisku handirik eragiten, aurretik adierazitakoez aparte, ezta denbora aldetik luzatzea ere. Azterketa horiek ez dira ordaintzen eta mediku arduraduna zuri emaitzen berri ematera behartuta dago. Partxe horiek jartzea onartzen baduzu, zure medikuak azterketa hau egiteko beste baimen informatu zehatz bat aurkeztu beharko dizu.

#### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Nahiz eta probak behar bezala aukeratu eta egin, nahi ez diren ondorioak izan daitezke, hala nola hazkura, gorritasuna edo narritadura, baina arinak izaten dira, eta aldi bat igarota konpontzen dira. Zure arropa erabilitako pinturaz zikindu liteke partxeak kentzean. Gutxiagotan bada ere, hauek gerta daitezke: despigmentazioa edo hiperpigmentazioa; infekzioak; orbainak azaltzea; edo beste alergia batzuk agertzea.

#### A. IDENTIFICACIÓN:

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

#### B. INFORMACIÓN:

- El objetivo de las Pruebas Epicutáneas (también llamadas pruebas alérgicas de contacto o pruebas del parche), es detectar alergias de contacto en la piel.
- El procedimiento consiste en la aplicación de unos parches en los que se introducen las sustancias químicas sospechosas. Habitualmente se colocan en la espalda y se mantienen dos días adheridos con esparadrapo. Se realiza una lectura de las pruebas al retirar los parches, y también, en los días siguientes (habitualmente dos días después). En ocasiones, empleamos una radiación parecida a la del sol (prueba del fotoparche), para estudiar aquellos casos en los que sospechamos una participación lumínica en la causa de la enfermedad.
- En algunos casos, simultáneamente a la aplicación de los parches indicados en su patología, se podrán aplicar otros parches exclusivamente con fines epidemiológicos, de relevancia clínica para otros enfermos o de investigación. La realización de estas pruebas no supone ningún riesgo mayor, ni prolongación temporal, a los señalados anteriormente. Estos estudios no son remunerados y el médico responsable está obligado a informarle de sus resultados. Si accede a la colocación de estos parches su médico deberá presentarle otro consentimiento informado específico para este estudio.

#### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- A pesar de la adecuada elección de las pruebas y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como picor, enrojecimiento o irritación, que suelen ser leves y transitorios. Su ropa podría mancharse con la pintura aplicada al retirar los parches. Más raramente, puede presentarse despigmentación o hiperpigmentación, infecciones, aparición de cicatrices o aparición de nuevas alergias.

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:**

Orain arte bezala jarraitzea; hala ere, zure kasu zehatzean, teknika hau zure dermatitisa behar bezala aztertzeke diagnosi-teknikarik egokientzat jotzen da.

Datuen babesari buruzko oinarriko 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/>

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:**

Seguir como hasta ahora; pero en su caso particular, se ha considerado que esta es la técnica diagnóstica más adecuada para el correcto estudio de su dermatitis.

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 Ordezkarria: 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