



**FITXA TEKNIKOTIK KANPOKO KAPSAIZINA-PARTXE BIDEZKO TRATAMENDUAREN BAIMEN
INFORMATUA (TRIGEMINOAREN NEURALGIA) /
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON PARCHES DE CAPSAICINA
FUERA DE FICHA TÉCNICA (NEURALGIA DEL TRIGÉMINO)**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Zure medikuak jakinarazi zizunez, min neuropatikoa duzu. Kapsaizina partxea (Qutenza®) pertsona helduengan aurkitutako min neuropatiko periferikoa tratatzeko medikazioa da. Zure medikuak uste du komenigarria dela kapsaizina bidezko tratamendua hastera, erabiltzen ari zaren tratamenduaren osagarri.

Tratamendua Qutenza®-ren larruazaleko partxe bat ematean datza, eremu mingarrietan (gehienez 4 partxe erabiliz). Printzipio aktiboa kapsaizina da. Tratamenduak ordu eta erdi inguru irauten du, adabakiak 30 eta 60 minutu artean egon behar baitu jarrita. Partxea osasun-profesionalek eman behar dute. Tratamendua 60 edo 90 egunera errepikatzea kontuan har daiteke, beharrezkoa izanez gero.

Tratatu beharreko eremuak ilea badu, tratamendua egin baino hiru egun lehenago soildu behar da, gehiegi presatu edo apuratu gabe, larruazala ez higatzeko. Larruazal garbi, lehor eta zauririk gabekoan soilik erabili behar da. Tratamendu-egunean ez da kremarik eman behar tratatu beharreko eremuan.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Ezinbestekoa da zure medikuak proposatutako aginduei jarraitzea.

Medikamentuak hartzen dituzunean, erremina, mina, gorritzea eta azkura izan ditzakezu. Erreakzio arinak eta iragankorrak izaten dira gehienetan. Erredura-sentsazioa berriz ere areagotu daiteke gauean, tratamendu-eremua berotzen bada.

B. INFORMACIÓN:

Como ya le informó su médica/o, usted padece dolor neuropático. El parche de capsaicina (Qutenza®) es una medicación que está indicada para el tratamiento del dolor neuropático periférico localizado en personas adultas. Su médica/o cree conveniente iniciar, en su caso, tratamiento con capsaicina, de forma complementaria al tratamiento que está usted empleando.

El tratamiento consiste en la aplicación de un parche cutáneo de Qutenza® en las zonas más dolorosas (utilizando un máximo de 4 parches). El principio activo es capsaicina. La duración del tratamiento es aproximadamente de una hora y media, ya que el parche debe estar colocado entre 30 y 60 minutos. El parche debe ser administrado por profesionales sanitarios. Se puede considerar la repetición del tratamiento a los 60 o 90 días en caso necesario.

Si la zona a tratar tiene vello, se ha de cortar tres días antes del tratamiento, sin apurar en exceso para evitar erosionar la piel. Solo se debe usar sobre la piel limpia, seca y sin heridas. El día de tratamiento no debe aplicarse cremas en la zona a tratar.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES

Es importante que siga las instrucciones propuestas por su médica/o.

Durante la administración de la medicación puede presentar molestias locales en el lugar de la aplicación como sensación de quemazón, dolor, enrojecimiento y picor. Son reacciones leves y transitorias en la mayoría de los casos. La sensación de quemazón puede volver a aumentar por la noche si la zona de tratamiento se calienta.



Begiak, sudurra edo ahoa ustekabeen ukituz gero, begietako mina, begietako eta eztarriko narritadura eta eztula eragin ditzake. Era berean, presio arteriala aldi baterako igo daiteke tratamenduan eta handik gutxira.

Aplikatu eta hurrengo egunetan, saihestu bainu edo dutxa beroak, baita ariketa bizia ere. Ez ukitu ez harramazkatu tratamendu-eremua, saihestu hurrek edo animaliek eremu hori ukitzea.

Eman ondoren, minak okerrera egiten duela, hantura, ezkatatzea edo larruazalean babak sortzen direla nabaritzen baduzu, arreta medikoa bilatu behar duzu. Aplikazio-eremuko erredura larrien kasuak dokumentatu dira.

Ezin izango zaizu tratamendu hori eman kapsaizinari edo eszipienteren bati alergia badiozu. Ez da tratamendua jarri behar tentsio arteriala altua bada, erregulatu arte itxaron behar da.

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

D. ESAN IEZAGUZU:

Honako hauen berri eman behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazio-asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo botikak edo beste edozein inguruabar; izan ere, arrisku edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete.

E. ARRISKU PERTSONALIZATUAK:

Baliteke pertsona bakoitzaren ezaugarri bereziek eta gaixotasunek (diabetesa, hipertentsio arteriala, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitzea. Medikatuak zure kasuan izan daitezkeen arriskuak jakinarazi dizkizu.

En caso de contacto accidental con los ojos, la nariz o la boca puede producir dolor ocular, irritación ocular y de garganta y tos. Así mismo, puede producirse una elevación transitoria de la presión arterial durante el tratamiento y poco después.

Durante los días siguientes a su aplicación, evite los baños o duchas calientes, así como el ejercicio intenso. No debe tocar ni rascar la zona de tratamiento, evite que los niños o animales toquen dicha zona.

Posterior a la administración, si notase empeoramiento del dolor, hinchazón, descamación o formación de ampollas en la piel, debe buscar atención médica. Se han documentado casos de quemaduras graves en la zona de aplicación.

No se podrá administrar este tratamiento si usted es alérgico a la capsaicina o a alguno de los excipientes. No se debe poner el tratamiento si la tensión arterial está elevada, debe esperarse hasta que se haya regulado.

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 médica/o le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.



F. ORDEZKO AUKERAK:

Ordezko aukerak kasu bakoitzaren eta gaixotasunaren momentu bakoitzaren arabera izango dira. Zure medikuak erabaki du une honetan zuretzat hau dela tratamendurik egokiena.

Datuak babesteari buruzko oinarritzko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. "HISTORIA KLINIKOA" tratamenduaren helburua da pazientearen historia klinikoaren datuak izatea, pazientearen jarraipena egiteko eta jarduera asistentziala kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betetz. Baliteke datuak hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-entitateak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako osasun-langileek eman dituzte. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatze eskubidea du, bai eta datuen tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

F. ALTERNATIVAS:

Las alternativas dependen de las características de cada caso y en cada momento de la enfermedad. Su médica/o ha considerado qué en su caso, y en el momento actual, este es el tratamiento más adecuado para usted.

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 ONDOREN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU OSTEAN, 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/la Paciente	
Pazientearen izen-abizenak eta NANA Nombre, dos apellidos y DNI del/ la paciente
Sinadura/k eta data Firma/s y fecha	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div>



Medikua / Ei/La Médico/a

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/ la médica/o.

Sinadura eta data

Firma y fecha

Legezko Ordezkaria: pazientea ezgaituta badago edo adingabea bada / Representante legal: en caso de incapacidad del/ la paciente o menor de edad

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NANA eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del/ la representante legal.

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del/ la paciente o representante legal

Ulertzen dut zenbaiterainoko irismena eta arriskuak dituen adierazitako prozedura EZ BETETZEAK. Eta baldintza horietan erabiltzen dut atzera egiteko eskubidea.

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.....