



TOXINA BOTULINIKOA INFILTRATZEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA.

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Begiaren inguruko mugimendu distonikoak kontrolatzea da prozedura honen helburua (aurpegiko paralisien ondorengo distoniak, blefarospasmoa, aurpegi erdiaren espasmoa eta beste arrazoi batzuk). Beheko betazalaren entropioi inbolutiboa kontrolatzeko ere erabiltzen da, konponketa kirurgikoa egin ordez.

Medikuak ohartarazi dit prozedura honetan EZ dela anestesiarik behar.

Toxina era errepikatuan eta dosi baxuetan ematen diren injekzioen bidez erabiltzen da, muskulua erlaxatzeko, honek jasotzen dituen nerbio-estimuluekiko erantzuna blokeatuz. Horren ondorioz, zona hori erlaxatu egingo da, eta horrek egiaztatutako eraginkortasuna izango du patologia eta egoera batzuetan.

Era berean, eta muskulu-erlaxazioaren ondorioz, nabarmen gutxitzen dira begi inguruko espresio-zimurrak, baita kopeta eta sudur-oinarrikoak ere.

Toxina botulinikoa oso botika eraginkorra da, baina aldi baterako efektua besterik ez du egiten. Pazienteen % 90 baino gehiagorengan lortzen da nahi den emaitza, eta eragina injekzioaren ondorengo bigarren edo hirugarren egunean hasten da. Eraginkortasun handiena bi aste igarota lortzen da, eta lau eta sei hilabete bitartean irauten du; horren ondoren, berriro injektatu behar da.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Txikiak eta oso ezohikoak dira toxina botulinikoaren injekzioak eragindako konplikazioak. Betazalaren ptosia (erortzea) eta ikusmen bikoitza izan dira jakinarazitako kasuak, baina toxinaren efektua bezain iragankorrak eta guztiz itzulgarriak dira.

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B.- INFORMACIÓN:

Mediante este procedimiento se pretende controlar los movimientos perioculares distónicos (en el contexto de distonías post-parálisis facial, bléfarospasmo, espasmo hemifacial y otras causas) y que no son controlables con otro tratamiento. También se utiliza para el control del entropión involutivo de párpado inferior cuando se prefiera a la reparación quirúrgica del mismo.

El médico me ha advertido que el procedimiento NO requiere la administración de anestesia.

La toxina se emplea en pequeñas inyecciones repetidas y a bajas dosis para relajar el músculo, bloqueando su respuesta a los estímulos nerviosos que recibe. Esto da como resultado una relajación de la zona tratada, lo que será de contrastada efectividad en algunas patologías y situaciones.

Asimismo, y, como consecuencia también de la relajación muscular, se produce una franca disminución de las arrugas de expresión periorcular (“patas de gallo”), así como las de la frente y base de la nariz.

La toxina botulínica es un fármaco muy efectivo, pero su efecto es temporal. Produce el efecto deseado en más del 90% de pacientes, iniciando su acción a los 2-3 días después de su inyección. Su acción tiene un máximo de efectividad a las dos semanas, y persiste en el tiempo entre cuatro y seis meses, tras los cuales debe ser reinyectada.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Las complicaciones de la inyección de toxina botulínica son *mínimas y muy poco frecuentes*. Se han descrito casos de ptosis (caída) palpebral y visión doble, que, en todo caso son tan pasajeros como el efecto de la toxina y totalmente reversibles.

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:

Azaldutakoa aukerarik onena dela adierazi dit medikuak.

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetzak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOAREN tratamenduaren helburua da pazientearen historia klinikoaren datuak izatea, pazientearen jarraipena egiteko eta jarduera asistentziala kudeatzeko, interes publikoaren alde edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoak erabiliz egindako misio bat betez. Baliteke datuak hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-entitateak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako profesional sanitarioek eman dituzte. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta datuen tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, webgune honetara jo dezakezu: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

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.

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:

El médico me ha explicado que en mi situación no existe alternativa mejor que la descrita.

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>.

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

Ordezkaria: 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.....