

I.V. ESTEROIDE-BOLOAK ERABILTZEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE BOLOS DE ESTERIOIDES I.V.

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
.....Data:

B. INFORMAZIOA:

Prozedura honen bidez, daukadan orbita-inflamazioaren koadroa konpondu edo arindu nahi da. Orbita-inflamazioak hainbat sorburu izan ditzake (tiroidea, immunologikoa, infekziosoa, etab.), eta fase akutu edo aktiboetan, zain barrutiko dosi handiko esteroide-injekzioekin trata daiteke, sintomak gutxitu edo desagerrarazteko. Esteroideak (kortikoideak) erabiltzeko beharra dela eta, zain barnetik bolo bidez emateak eraginak handitzen ditu eta izan ditzakeen kontrako ondorioak murrizten ditu, beste bide batzuekin alderatuta. Tratamendu hau elkarren segidako egunetan edo bi egunetan behin, eta era ospitalarioan edo ambulatorioan egin daiteke. Tratamendua ahotik hartu beharreko kortikoideekin egin daiteke, gero eta gutxiagoko eran eta denbora mugatu batez.

Batzuetan, Depot esteroideak ere erabili daitezke, orbitan aplikatuz begi-globoaren inguruko edo atzeko injekzioen bidez.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Tratamendua ondo aukeratu eta egin arren, ulertzen dut nahi ez diren ondorioak agertu ahal direla:

- *Kortikoideak ematearen* ondoriozkoak (ultzera gastrikoa, hipertentsioa, gluzemia eta pisua gehitzea, hirsutismoa, ohikoenak izaten direnak, eta baita kataratak, Cushing gaixotasuna eta deskaltzifikazioa ere, eta bakanagoak diren beste batzuk, hepatitis larriak edo koadro psikotikoak, esate baterako).
- *Depot esteroideen* injekzioen kasuan, begiaren inguruko edozer infiltraziotatik eratorritako arriskuak daude, esate baterako, infekzioak, zelulitisa, begiak zulatzea, hematoma orbitarioa eta ikusmena galtzea, baina ez dira maiz gertatzen.

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 resolver o aliviar el cuadro de inflamación orbitaria que presento. La inflamación orbitaria tiene diversos orígenes (tiroidea, inmunológica, infecciosa, etc..) y, en sus fases agudas o activas puede ser tratada mediante inyección intravenosa de esteroides a altas dosis con el fin de disminuir o eliminar los síntomas que manifiesta. Dada la necesidad de utilización de esteroides (corticoides), su administración en bolos por vía endovenosa maximiza sus efectos y reduce sus potenciales efectos indeseables si lo comparamos con otras vías de administración. Este tratamiento puede ser llevado a cabo en días consecutivos o alternos y en régimen hospitalario ambulatorio. El tratamiento puede mantenerse en el tiempo con corticoides orales, en pauta descendente y por tiempo limitado.

En ocasiones también se pueden emplear esteroides Depot aplicándolos en la órbita con inyección peribulbar o retrobulbar.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables:

- Los derivados de la *administración de corticoides* (úlceras gástricas, hipertensión, aumento de la glucemia y de peso, hirsutismo, que son las más frecuentes, así como cataratas, enf. Cushing, descalcificación, y otras mucho menos frecuentes, como hepatitis graves o cuadros psicóticos).
- En caso de inyección de *esteroides Depot* los riesgos son los derivados de cualquier infiltración en la región periocular: que en muy baja frecuencia pueden ser infección, celulitis, perforación ocular, hematoma orbitario y pérdida de visión.

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. Medikua eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. BESTELAKO AUKERAK:

Adierazitako baldintzetan, aukera bakarra kirurgia dela adierazi dit medikuak.

Datuak babesteari buruzko oinarritzko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza 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 Osakidetza 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/>

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 no existe alternativa que no sea la quirúrgica en los términos indicados.

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

Ordezaria: 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