



BAIMEN INFORMATUA, SENDAGAI ETA ELIKAGAIEKIKO ESPOSIZIO-PROBA EGITEKO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE EXPOSICIÓN A MEDICAMENTOS- ALIMENTOS

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Eragindako pertsonari ustez sintoma alergikoak sortzen dizkion elikagaiaren/sendagaiaren dosiak (bakarra edo progresiboa) emango zaizkio modu kontrolatuan.

Hori egitean, berretsi nahi da susmo-diagnostikoa, edo sendagai/elikagai horrekiko tolerantzia.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Erreakzio alergikoa sor dezake, oro har arina, baina noizbehinka soilik larriak. Horregatik, esposizio-proba ospitalean egin behar da, balizko erreakzioen kontrolean eta tratamenduan espezializatutako langileek gainbegiratuta. Hori dela eta, eragindako pertsonak bere gain hartzen du probaren onura aldatzearen ondoriozko erreakzio horiek aurkezteko aukera, tolerantzia jakiteko edo alergiaren diagnostikoa berresteko.

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

D. JAKINARAZ IEZAGUZU:

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

E. ARRISKU PERTSONALIZATUAK:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO O MÉDICA RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

Se le van a administrar de modo controlado dosis (única o progresiva) del alimento/medicamento sospechoso de causar síntomas alérgicos a la persona afectada.

Se pretende confirmar el diagnóstico de sospecha, o confirmar la tolerancia al medicamento/alimento en cuestión.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Puede causar aparición de reacción alérgica, en general leve, solo ocasionalmente graves. Por este motivo la prueba de exposición se debe realizar en el hospital, bajo supervisión por personal especializado en el control y tratamiento de posibles reacciones. Por ello, la persona afectada asume la posible presentación de éstas reacciones a cambio del beneficio de la prueba para conocer la tolerancia o confirmar el diagnóstico de alergia.

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

D. AVISENOS:

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. Desde la consulta se le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Esposizio-proba egiten ez bada, diagnostikoa edo tolerantzia ez dira segurtasunez baieztatuko, eta sendagaia/elikagaia hertsiki saihesten jarraitu beharko da; kasu horretan, eskura dauden aukerak eskainiko dira.

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 publikoaren izenean 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 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: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

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.

F. ALTERNATIVAS:

Si no se realiza la prueba de exposición, el diagnóstico o tolerancia no se confirmarán con seguridad, y se deberá continuar evitando estrictamente el medicamento/alimento, se ofrecerán en dicho caso las posibles alternativas disponibles.

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/ 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 colegiación de la médica o del médico

Sinadura eta data

Firma y fecha

Legezko Ordezkarria: pazientea ezgaituta badago edo adingabea bada / Representante legal: en caso de incapacidad de la persona o ser menor de edad.

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NANA eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco de quien ostente la representación legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO de la persona afectada o quien ostente la representación legal

Ulertzen dut zenbaterainoko 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.....