



OLANZAPINA DEPOT-EN (ZYPADHERA®) TRATAMENDURAKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON OLANZAPINA DEPOT (ZYPADHERA®)

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMAZIOA:

Agindu dizuten tratamendua Zypadhera® deitzen da, eta oso onuragarria da zure antzeko sintomak eragiten dituzten gaixotasun askoren tratamendurako. Medikamentu mota hauei esker, hobetu egin da gaixotasun horien epe labur eta luzeko eboluzioa. Besteak beste, berriz gaixotzea eta ospitaleratzea saihestu eta bizi-kalitatea hobetzen du.

B. INFORMACIÓN:

El tratamiento que se le ha prescrito se llama Zypadhera® y es muy útil para el tratamiento de diversas enfermedades que presentan síntomas similares a los suyos. La evolución a corto y largo plazo de estas enfermedades ha mejorado gracias a este tipo de medicamentos. Entre otras ventajas, están las de evitar recaídas, hospitalizaciones y mejorar su calidad de vida.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Medikamentu hauek ere bigarren mailako ondorioak eragin ditzakete: sarriak edo ez hain sarriak eta handiak edo ez hain handiak izan daitezke, norberaren minberatasunaren arabera. Ondorengo kontsultetan, horri buruz eta sor daitezkeen zalantzei buruz hitz egingo dugu, baina idatziz jasoko ditugu, landu ditugula eta ondo ulertu direla jakiteko.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Los fármacos no están exentos de efectos secundarios más o menos frecuentes y más o menos intensos, dependiendo de la susceptibilidad individual. De ello, y de cualquier duda que se le presente, hablaremos en las sucesivas consultas, pero dejaremos constancia escrita para tener la seguridad de que lo hemos tratado y lo ha entendido.

Alderdi orokor hauek jakin behar dituzu:

Estas son las cuestiones generales que debe Vd. conocer:

- Injekzio baten eraginak 2-4 aste iraun dezake.
- Medikamentua eman ondoren, ez da aholkatzen ibilgailuak gidatzea, beraz, norbaitekin batera etorri beharko duzu.
- Ezingo duzu alkoholik edan tratamendua egin aurreko 24 orduetan.
- Injekzio ondorengo sindrometzat jotzen diren sintomak ager daitezke, honako hauek:
 - Sedazioa (arina edo larria izan daiteke).
 - Delirium (nahastea, desorientazioa, asaldura, antsietatea).
 - Hipotentsio arteriala.
 - Ohiz kanpokoak den arren, arazo kardiako larriak ere ager daitezke.

- El efecto de una inyección puede durar entre 2-4 semanas.
- Tras su administración, está desaconsejado conducir vehículos, por lo que deberá venir acompañado.
- No podrá tomar alcohol 24 horas antes del día de tratamiento.
- Existen posibilidades de que aparezca lo que se denomina síndrome Postinyección caracterizado por:
 - Sedación, que puede ir desde leve a grave.
 - Delirium (confusión, desorientación, agitación, ansiedad).
 - Hipotensión arterial.
 - Excepcionalmente, pueden presentarse problemas cardíacos graves.



- Hori dela eta, inekzioa eman eta 3 ordutan behaketan egon beharko duzu, denbora-tarte horretan ager daitezke-eta arazoak.
- Ospitaletik atera ostean, arreta handiz jarraitu beharko dituzu ematen zaizkizun argibideak.
- Por todo ello, deberá permanecer en observación durante 3 horas tras la inyección, tiempo de aparición de las citadas complicaciones.
- Tras la salida del hospital deberá seguir cuidadosamente las indicaciones que se le den.

Datuen babesari buruzko oinarritzko 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, agintaritza 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/>

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>

TRATAMENDU ANTIPSİKOTIKOARI BURUZ EMAN DIDATEN INFORMAZIO GUZTIA IRAKURRI ETA ULERTU DUT. SORTU ZAIZKIDAN ZALANTZAK GALDETZEKO AUKERA IZAN DITUT. ARGİ GERATU ZAIT EDOZEIN UNETAN BERTAN BEHERA UTZI AHAL DUDALA NİRE ERABAKIA. BERAZ, TRATAMENDUA EGİTEKO BAIMENA EMATEN DUT

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO TODA LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA DADO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO. HE PODIDO PREGUNTAR LAS DUDAS QUE ME HAN SURGIDO. HA QUEDADO CLARO QUE EN CUALQUIER MOMENTO PUEDO REVOCAR MI DECISIÓN. EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO..



Pazientea/ El/la Paciente

Pazientearen izen-abizenak

Nombre, dos apellidos

Sinadura eta data

Firma y fecha

Medikua/El/La Médico/a

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 Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: en caso de incapacidad del/de la paciente o menor de edad.

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

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

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del/de la 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