



TOXINA BOTULINIKOA EMATEKO EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADMINISTRACIÓN TOXINA BOTULÍNICA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

- **Toxina botulinikoa** bakterio batek sortzen duen sustantzia da. Muskuluaren paralisia eragiten du, nerbioaren eta muskuluaren arteko loturan nerbio-transmisioa blokeatuz.
- **Indikazioak:** zenbait muskulutako uzkurdua eutsia (espastizitatea) eragiten duten gaixotasunentzat; hala nola, tronbosia edo garuneko odol-jarioak, garuneko paralisia, garezur-garuneko traumatismoa, esklerosi anizkoitza, tortikulis espasmodikoa, aurpegi erdiko espasmoa, betazalen espasmoa eta abar.
- **Kontraindikazioak:** miastenia larria; Eaton-Lamberten sindromea; haurdunaldia; aminoglukosidoen erabilera; beste gaixotasun neuromuskular batzuk.

Muskulu barnetik ematen da, eta eraginak 2-4 hilabete irauten du.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK: (Errehabilitazioko Zerbitzuan egiten den espastizitatearen indikazio medikoari dagokionez)

- Oro har, konplikazioak injekzioaren ondorengo egunetan gertatzen dira, eta iragankorrak dira.
- **Ondorio lokalak:** maizkoena ahultasun muskularra da, eta ereriko gehiago gerta daitezke; min lokala; sentiberatasuna edo hematoma injekzioa eman dizuten aldean; irensteko zailtasuna.
- **Ondorio sistemikoak:** gripearean sintomak; erreakzio alergiko larriak; neke handia; ahultasun muskular orokorra; gerneru-inkontinentzia; gonbitoak; logura.
- Gai dosien kasuan paralisi neuromuskular urrun eta sakona eragin dezake. Arnas muskuluetako paralisia gertatuz gero, arnasketa lagundua erabili beharko da.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

- **La Toxina Botulínica** es una sustancia que produce una bacteria y que actúa a nivel de la unión entre el nervio y el músculo, bloqueando la transmisión nerviosa y produciendo la parálisis del músculo.
- **Indicaciones:** enfermedades que producen contracción mantenida de determinados músculos (Espasticidad) como trombosis o hemorragias cerebrales, parálisis cerebral, traumatismo craneo encefálico, esclerosis múltiple, tortícolis espasmódica, espasmo de media cara, espasmo de los párpados, etc...
- **Contraindicaciones:** Miastenia gravis. Síndrome Eaton-Lambert. Embarazo. Uso de aminoglucósidos. Otras enfermedades neuromusculares.

Se aplica por vía intramuscular y su efecto dura de 2-4 meses.

C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:(Relativos a la indicación médica de espasticidad, usada en el Servicio de Rehabilitación)

- En general las complicaciones se producen en los días siguientes a la inyección y tienen carácter transitorio.
- **Efectos locales:** El más frecuente es la debilidad muscular con posible aumento de caídas. Dolor localizado. Sensibilidad y/o hematoma en el lugar de inyección. Dificultad para tragar
- **Efectos sistémicos:** Síntomas gripales. Reacciones alérgicas graves Fatiga excesiva. Debilidad muscular generalizada. Incontinencia urinaria. Vómitos. Somnolencia.
- En caso de sobredosis puede producir parálisis neuromuscular distante y profunda. Si causara parálisis de músculos respiratorios, sería necesario respiración asistida.



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

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. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. BESTELAKO AUKERAK:

Tratatzen zaituen talde medikoak zure kasurako aukera onena hau dela uste duen arren, badira beste aukera batzuk: fisioterapia, aho bidezko medikazioa, nerbio-blokeoak, medikazio intratekala, kirurgia.

Datuen babesari buruzko oinarrizko 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 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 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/>

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. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

F.- ALTERNATIVAS:

Aunque el equipo que le trata considera que en su caso concreto esta es la mejor opción existen otras posibilidades de tratamiento como son fisioterapia, medicación oral, bloqueos nerviosos, medicación intratecal, cirugía.

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/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 Ordezkarria: 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