

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE CICLOSPORINA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento consiste en la administración de un medicamento, la ciclosporina, que es un inmunosupresor utilizado para el control de enfermedades cutáneas de presentación moderada-severa que no son subsidiarias de otros tratamientos.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo del tratamiento es controlar mi enfermedad cutánea pero no curará la enfermedad. Es un fármaco que ha demostrado una gran eficacia, con el que hay una amplia experiencia fundamentalmente en enfermedades como psoriasis y dermatitis atópica.

Antes de comenzar el tratamiento el médico deberá realizar una serie de pruebas con el fin de descartar enfermedades que contraindiquen su empleo tales como infecciones activas, insuficiencia renal e hipertensión arterial.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Las consecuencias previsibles del tratamiento son la mejoría de mi enfermedad.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone, como estabilidad de mi enfermedad o empeoramiento.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, que habitualmente dependen de la dosis utilizada, alguno de ellos pueden ser graves requiriendo su suspensión.

Los efectos secundarios más frecuentes son: aumento del vello, temblor, alteración de la función renal, aumento de la presión arterial y aumento de infecciones.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Efectos secundarios menos frecuentes son: elevación de las transaminasas, cansancio, crecimiento exagerado de la mucosa de las encías, náuseas, vómitos, diarreas y quemazón en manos y pies.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

En mi caso particular el médico me ha informado de los siguientes riesgos adicionales:

Se recomienda realizar ciclos intermitentes de una duración inferior al año para minimizar el riesgo de efectos secundarios.

Se me ha advertido de que el medicamento puede tener interacciones con otros medicamentos, por lo que debo comunicarle todos los que tome durante el tratamiento con ciclosporina.

CONTRAINDICACIONES

Está contraindicada en mujeres embarazadas, lactancia, insuficiencia renal, hepática, enfermedades de la sangre e hipertensión.

PACIENTE			
D/D^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA