

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO CON METOTREXATO 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, el metotrexato, que es un inmunosupresor utilizado para el control de enfermedades cutáneas de presentación severa que no son subsidiarias de otros tratamientos.

Antes de comenzar el tratamiento se realizarán unas pruebas con el fin de descartar enfermedades que, de estar presentes, contraindiquen su empleo.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo del tratamiento es controlar mi enfermedad cutánea de presentación severa, mediante un medicamento inmunosupresor.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado para mi enfermedad en este momento, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso o en otro momento.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La realización del tratamiento lleva consigo en general una mejoría de la enfermedad, así como un control estrecho de los efectos secundarios por lo que estoy dispuesto a realizar cuantas pruebas y revisiones se considere necesario.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no acceder a este tratamiento, mi médico intentará una de las alternativas adecuadas a mi enfermedad, situación clínica y momento.

RIESGOS FRECUENTES

Pueden presentarse efectos indeseables, como úlceras mucosas, náuseas, malestar abdominal y leucopenia (disminución del número de glóbulos blancos en la sangre).

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

Pueden aparecer con menos frecuencia, picor, fotosensibilidad (reacción de la piel a la exposición solar) despigmentación, alopecia, vómitos, diarrea, aumentos de transaminasas, úlcera péptica, alteraciones menstruales, oligospermia, cefaleas, visión borrosa y otras alteraciones nerviosas.

Durante el tratamiento, es imprescindible el uso de anticonceptivos tanto en hombres como en mujeres.

C. INFORMADO DE TRATAMIENTO DE CON METOTREXATO

El medicamento puede tener interacciones con otros medicamentos, por se debe comunicar todo lo que tome durante el tratamiento con metotrexato.

Se deben avisar posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia.

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

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son

CONTRAINDICACIONES

El medicamento está contraindicado en el embarazo y la lactancia, en casos de insuficiencia renal o hepática y en algunas enfermedades de la sangre.

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