



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA

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

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

Antes de comenzar el tratamiento el médico me realizará unas pruebas con el fin de descartar enfermedades que, de estar presentes, contraindiquen su empleo. El médico me ha advertido especialmente que el medicamento está contraindicado en el embarazo y la lactancia, si padezco insuficiencia renal y hepática, enfermedades de la sangre, hipertensión no controlada, infecciones activas, cualquier tipo de cáncer, me acabo de poner( o lo haré en un futuro próximo) vacunas vivas o atenuadas, y me someto con frecuencia a exposición solar.

También 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. Así mismo, si otro médico me diera algún tratamiento debo comunicarle que estoy tomando Ciclosporina.

En mi caso particular, padezco una enfermedad denominada ..... y el dermatólogo cree que este medicamento puede ayudarme y ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otros casos y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. Soy consciente la medicación no está autorizada para esta enfermedad y de que puede producirme algún efecto adverso no descrito anteriormente. Asumo su posible presentación a cambio de un posible beneficio para el tratamiento de mi enfermedad. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como aumento del vello, temblor, alteración de la función renal y aumento de la presión arterial, y con menos frecuencia, aumento de las transaminasas, cansancio, crecimiento exagerado de la mucosa de las encías, náuseas, vómitos, diarreas y quemazón en manos y pies.

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## DECLARO

Que he leído con detenimiento este escrito y su contenido es perfectamente comprensible para mí ya que las explicaciones se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, me ha aclarado todas las dudas planteadas y el significado de los términos médicos que recoge. Estoy enterado, que tanto el médico como el resto del personal sanitario, me prestará todos los cuidados con los medios que tengan a su alcance, sin que pueda garantizarme el resultado del tratamiento.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Autorizo a obtener imágenes de mi enfermedad, y sé que a pesar del enmascaramiento pudiera ser reconocido en ellas. Autorizo que estas imágenes, puedan ser difundidas con fines didácticos y científicos y reproducidas en publicaciones científicas salvaguardando mi anonimato

### Nº de Historia:

#### Paciente

Don/Doña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

Con domicilio en: \_\_\_\_\_ y DNI: \_\_\_\_\_

#### Representante legal del paciente

Don/Doña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

Con domicilio en: \_\_\_\_\_ y DNI: \_\_\_\_\_

En calidad de representante legal de \_\_\_\_\_

En  
Fdo: El/la Médico

a  
Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado



## REVOCACION

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. \_\_\_\_\_

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad  
con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I.: \_\_\_\_\_

..... en calidad de .....  
de ....., **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha  
..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por  
finalizado.

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha ..... y no deseo proseguir el trata-  
miento, que doy con esta fecha por finalizado.

En,  
Fdo: El/la Médico

a  
Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD 15/99) se informa que sus datos identificativos y de salud serán objeto de tratamiento e incorporados a los ficheros de datos sanitarios cuya titularidad corresponde a \$TEXT\_titularficherodatossanitarios\$.  
Los datos únicamente serán utilizados con fines asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial.  
Las imágenes quedarán recogidas en un archivo, custodiado por profesionales sanitarios sujetos a secreto profesional, garantizando al paciente su derecho a la confidencialidad.