



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas de mi enfermedad. La realización del tratamiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos. El tratamiento consiste en la administración de distintos tipos de radiación ultravioleta (UV) sobre la superficie cutánea y en algunos casos se toma una medicación especial (psoralenos) para aumentar la sensibilidad a los UV. Antes de comenzar el tratamiento me realizarán unos análisis para descartar enfermedades, que de estar presentes, contraindiquen su empleo.

Sé que los rayos UV producen bronceado y envejecimiento anticipado de la piel (a largo plazo). Su uso se suma a los efectos de la exposición solar para producir manchas y costras (lentigos, queratosis) y no puede descartarse que su empleo repetido, pudiera influir en la producción de cáncer en la piel.

El dermatólogo me ha advertido que durante todo el tratamiento debo seguir sus indicaciones en cuanto a la toma de medicación, cuidado, de la piel, protección solar de piel y ojos. En concreto, si he tomado psoralenos, debo proteger los ojos del sol (usando gafas de sol en el exterior) durante todo el día que realice la sesión, y ese día no puedo tampoco exponer la piel directamente al sol.

La doctora me ha advertido especialmente que el medicamento que tengo que tomar para las sesiones (psoraleno) está contraindicado en el embarazo y la lactancia. Tomaré las precauciones adecuadas para evitar el embarazo. Tampoco se puede realizar el tratamiento si tomo ciertas medicaciones fototóxicas, por lo que sé que debo advertir de cualquier medicación que tome. También debo advertir si he sido operado o tratado de lesiones cutáneas malignas o premalignas y cataratas.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como enrojecimiento, inflamación y pigmentación de la piel, picor, sequedad cutánea. También pueden aparecer náuseas y elevación de transaminasas, en relación con la toma de psoralenos.

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

.....

.....

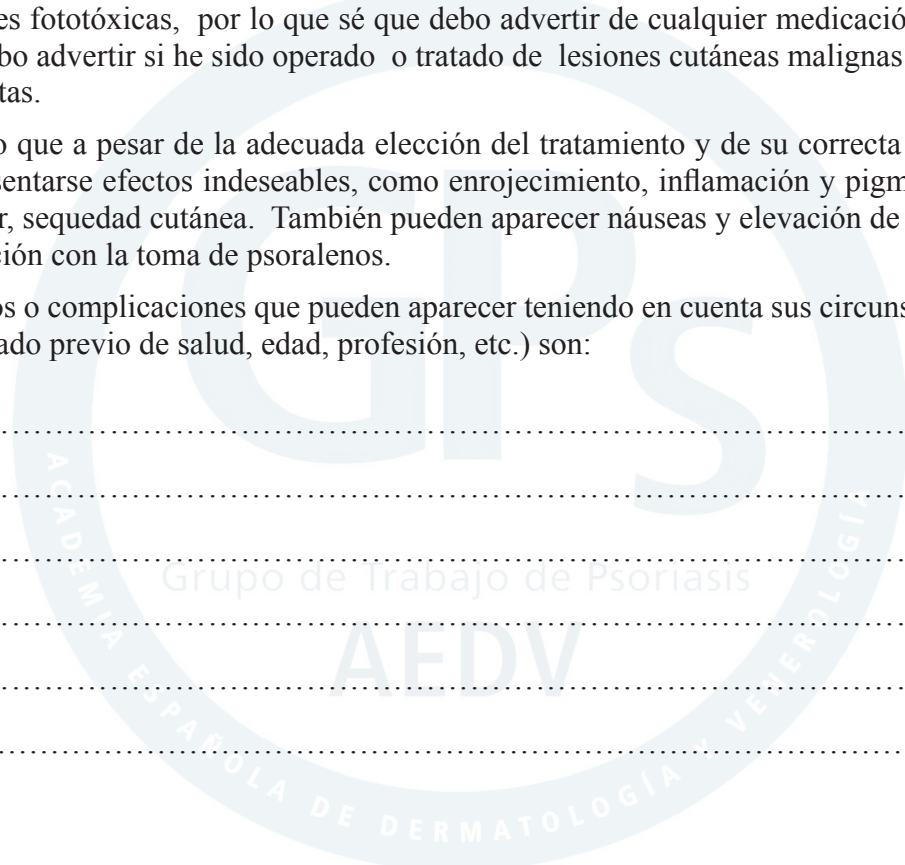
.....

.....

.....

.....

.....





DECLARO

Que he sido informado de los siguientes puntos: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento y que conozco y, por consiguiente, asumo los riesgos y secuelas que pudieran derivarse o producirse.

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 las dudas y el significado de los términos médicos que recoge. Estoy enterado, que tanto el médico como el resto del personal sanitario, me prestarán todos los cuidados con los medios que tengan a su alcance, sin que puedan garantizarme el éxito del tratamiento. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y asumo los riesgos del tratamiento.

Doy mi consentimiento para que en el tratamiento participen profesionales sanitarios en formación y también 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

Grupo de Trabajo de Psoriasis

AEDV

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.