



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON METOTREXATO

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, el metotrexato, que es un inmunosupresor utilizado para el control de enfermedades cutáneas de presentación severa que no son subsidiarias de otros tratamientos.

Yo debo ingerir **el número de comprimidos** que mi médico me indique **a la semana (un único día)** o si mi médico opta por la administración intramuscular me inyectaré **un vial a la semana**. Es **muy importante que entienda bien la dosificación** pues en caso contrario puedo ingerir una dosis tóxica. **Riesgo de toxicidad mortal relacionada con la administración diaria involuntaria en lugar de semanal**. Tendré también que tomar ácido fólico siguiendo las instrucciones de su médico.

Antes de comenzar el tratamiento el médico me realizará unas pruebas con el fin de descartar enfermedades que, de estar presentes, contraindiquen su empleo.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como úlceras mucosas, náuseas, malestar abdominal y leucopenia (disminución del número de glóbulos blancos en la sangre) y, 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. **Llamaré a mi médico de inmediato o acudiré a urgencias** si tengo alguno de los siguientes síntomas: dolor de garganta, escalofríos, fiebre u otros signos de infección; moratones o sangrado inusuales; cansancio excesivo; palidez; o falta de aire, aftas en la boca, diarrea, heces negras, con aspecto de alquitrán o sanguinolentas, o vómito sanguinolento o parecido a los posos del café.

El médico me ha advertido especialmente que el medicamento está contraindicado en el embarazo y la lactancia en casos de insuficiencia renal o hepática y en algunas enfermedades de la sangre.

Si soy mujer en edad fértil, tendré que realizar una prueba de **embarazo** antes de empezar a tomar metotrexato. Usaré un método anticonceptivo fiable para no quedarme embarazada durante el tratamiento y hasta que haya tenido un periodo menstrual después de dejar de tomar metotrexato.

Si soy varón, deberé seguir usando anticonceptivos durante **3 meses** después de que deje de tomar metotrexato.

Evitaré la exposición innecesaria o prolongada a la **luz solar** o ultravioleta (camas de bronceado y lámparas solares). El metotrexato puede hacer que la piel se vuelva sensible a la luz solar o ultravioleta.

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 metotrexato.



Debo advertir a mi médico en el caso de haber sido vacunado recientemente (un mes o menos), o que requiera ser vacunado próximamente, con **vacunas de microorganismos vivos** (varicela, sarampión-parotiditis-rubéola, fiebre amarilla, fiebre tifoidea vía oral, cólera vía oral, poliomielitis vía oral y Bacilo de Calmette Guerin)

Sé igualmente que debo avisar posibles alergias medicamentosas, y leer la ficha técnica del producto.

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

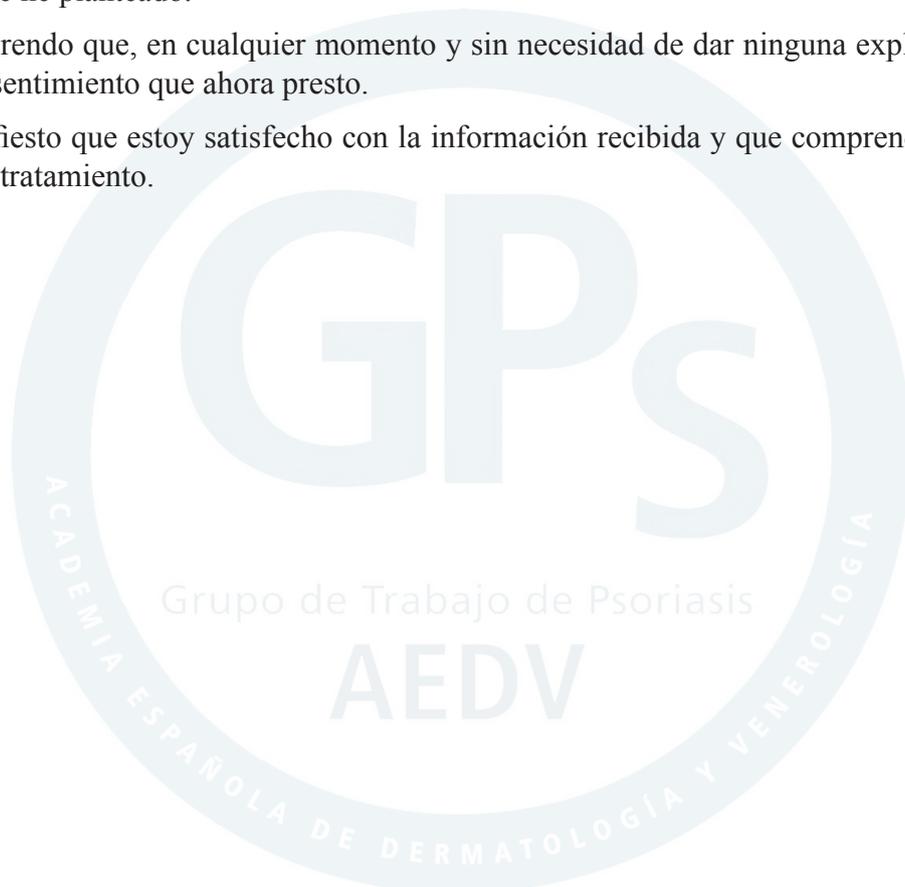
.....
.....
.....
.....
.....

En mi caso particular, 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. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que 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.

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 los riesgos del tratamiento.





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 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 pero sin que puedan garantizarme el éxito de la intervención.

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, comprendo el alcance y asumo los riesgos del tratamiento.

Doy mi consentimiento para que en la intervención participen profesionales sanitarios en formación y también autorizo a obtener imágenes de mi enfermedad, y sé que a pesar del enmascaramiento podría ser reconocido en ellas. Autorizo a 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 _____ a _____
Fdo: El/la Médico _____ 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.