

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON ISOTRETINOÍNA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El tratamiento consiste en la administración de un medicamento, la isotretinoína (derivado de la vitamina A), que está indicado en el tratamiento del acné grave (acné noduloquístico, conglobata o acné que puede dejar cicatrices permanentes). Este medicamento se indica cuando otros fármacos convencionales como antibióticos orales o terapia local (crema, gel, pomada o loción) no responden adecuadamente a su enfermedad.

El tratamiento se toma por vía oral y su médico le informará con detalle de la dosis y la pauta que debe seguir en su caso. Mientras dure el tratamiento, es necesario hacer controles médicos de seguimiento.

En un pequeño número de casos pueden volver a presentarse los síntomas una vez suspendido el tratamiento y, si fuese necesario, se podría volver a administrar transcurrido el plazo de ocho semanas.

En el caso de las mujeres en edad fértil, debe llevar un método anticonceptivo seguro un mes antes de comenzar el tratamiento, durante este y un mes después de suspenderlo.

La finalidad es disminuir los síntomas y frenar el avance de la enfermedad.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados tales como:

- Sequedad y fragilidad de la piel.
- Exfoliación de las palmas de las manos y las plantas de los pies.
- Sequedad de mucosas (labios, ojos, fosas nasales).
- Dolor en los músculos y las articulaciones.
- Caída de pelo temporal (que es reversible).
- Alteración de la función del hígado.
- Elevación de lípidos en sangre.
- En diabéticos, modificación de la tolerancia a la glucosa (se hacen controles analíticos antes, durante y después del tratamiento).
- Hiperostosis esquelética (endurecimiento de los ligamentos).
- Calcificación extraósea (depósitos de calcio fuera de los huesos).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Embarazo.
- Durante la lactancia.
- En los tratamientos con tetraciclinas.
- Hipertensión intracraneal.
- Insuficiencia renal.
- Enfermedad del hígado.
- Hiperlipemia (trastornos del metabolismo de las grasas).
- Hipervitaminosis A (tener demasiada vitamina A en el cuerpo).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica, aunque con una menor respuesta, son:

- Tratamiento tópico (cremas, pomadas, gel o lociones).
- Tratamiento con tetraciclinas.
- Tratamiento hormonal en mujeres.

AUTORIZACIÓN PARA “ TRATAMIENTO CON ISOTRETINOÍNA”

Yo, D./D^ª _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^ª _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Dermatología

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: