

## Consentimiento informado para el tratamiento con acitretino

### DECLARO

Que el Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir tratamiento con acitretino.

1.-El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas de la enfermedad denominada psoriasis y de otras enfermedades que tengan trastornos en la queratinización.

2.-El tratamiento consiste en la administración de un medicamento, acitretino, derivado de la vitamina A e indicado en la enfermedad cutánea denominada psoriasis, en las formas eritrodérmica, pustulosa, generalizada, palmoplantar y en placas y en otras enfermedades que tengan trastornos en la queratinización. Con este medicamento se controlan los síntomas de la enfermedad, aunque por las características genéticas de ésta pueden volver a presentarse una vez suspendido el tratamiento.

3.-Se que durante el tratamiento pueden aparecer una serie de efectos secundarios, en general bien conocidos y controlables siguiendo las indicaciones del médico, tales como sequedad de mucosas (labios, ojos y fosas nasales), sequedad y fragilidad de piel, exfoliación palmar y plantar, dolores musculares y articulares y caída de pelo transitoria y reversible.

En los tratamientos prolongados pueden también presentarse alteraciones benignas de los huesos tales como hiperostosis esquelética y calcificación extraósea, que pueden tener como consecuencia retraso del crecimiento.

En los análisis puede evidenciarse alteración de la función hepática, elevación de los lípidos sanguíneos y modificación de la tolerancia a la glucosa en diabéticos, por lo que es aconsejable realizar controles analíticos al inicio del tratamiento, al final del primer mes y posteriormente a intervalos trimestrales.

El médico me ha informado que este medicamento produce importantes alteraciones en el feto humano, por lo que **está contraindicado en el embarazo** y en mujeres en edad fértil que no tengan un método anticonceptivo absolutamente seguro un mes antes de comenzar el tratamiento, durante éste y dos años después de suspenderlo.

También está contraindicado durante la lactancia, durante el tratamiento simultáneo con tetraciclinas y en pacientes con hipertensión intracraneal, insuficiencia renal, enfermedad hepática, hiperlipemia, hipervitaminosis A e hipersensibilidad al producto, por lo que deberé informar al médico si creo padecer alguna de estas enfermedades.

También me ha advertido que este medicamento puede influir en los efectos de otros medicamentos, como tetraciclinas, suplementos de vitamina A, metrotexato y fenitoina, por lo que no debo tomarlos simultáneamente sin conocimiento y control del médico, siendo recomendable que en caso de tomar cualquier medicamento le consulte previamente.

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

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la medicación se reduzcan al mínimo.

4.- En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque puede existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido 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.

### CONSENTIMIENTO

D./Dña.: \_\_\_\_\_, **como paciente,**  
o D./Dña.: \_\_\_\_\_, **como representante**

**legal**, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente DECLARO que he sido debidamente informado/a por el facultativo responsable y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** que se me realice tratamiento con acitretino. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la administración.

Y para que así conste firmo el presente original, después de leído y por duplicado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente/Representante legal**  
**DNI:**

**Fdo.: Facultativo**  
**Nº Colegiado:**

### DENEGACIÓN/REVOCACIÓN (Táchese lo que NO proceda)

D./Dña.: \_\_\_\_\_

**No autorizo** la realización de \_\_\_\_\_

**Revoco** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente/Representante legal**  
**DNI:**

**Fdo.: Facultativo**  
**Nº Colegiado:**