

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA – BOTOX

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido _____ **DNI** _____

INFORMACION GENERAL:

DESCRIPCION DE LA TERAPEUTICA: La toxina botulínica, es una neurotoxina elaborada por una bacteria denominada Clostridium botulinum. Se trata de uno de las toxinas más poderosas que existen. La capacidad que posee la toxina botulínica para producir parálisis muscular por denervación química se aprovecha para usarla como medicamento en el tratamiento de ciertas enfermedades neurológicas y como producto cosmético para tratamiento estético de las arrugas faciales.

PARA QUÉ SIRVE - INDICACIONES: Las indicaciones principales del tratamiento mediante inyección de Toxina Botulínica Tipo A son:

- Bleforoespasma, distonía cervical y otras distonías.
- Espasmo hemifacial.
- Migraña crónica.
- Espasticidad.

CÓMO SE REALIZA - DESCRIPCION DE LA TECNICA: La inyección de Toxina Botulínica Tipo A causa una reducción selectiva y temporal de la contracción en la musculatura hiperactiva, durante un periodo medio de 12.5 semanas, mediante la acción selectiva en las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas. Se realiza a través de pequeñas agujas dentro del mismo músculo. Los beneficios se verán después del quinto al séptimo día y pueden durar 3 a 6 meses (no son permanentes). El tratamiento puede inducir la formación de anticuerpos neutralizantes que disminuyan el efecto. Entiendo que pueden ser necesarias varias sesiones para completar la serie de inyecciones. Sé que los efectos de este tratamiento NO son permanentes.

QUÉ RIESGOS TIENE: Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de todo procedimiento invasivo, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad. Pueden presentarse durante el procedimiento u horas, días, semanas o meses posteriores al mismo. Todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:

Frecuentes: Reacciones alérgicas.

Menos frecuentes: Cambios temporales en la sensibilidad cutánea, asimetrías, infección, debilidad muscular, ptosis palpebral, diplopía, disartria.

Infrecuentes y Graves: Disfagia, neumonía aspirativa, disnea, debilidad muscular generalizada, muerte, relacionadas a la diseminación de la toxina botulínica tras el uso de medicamentos que la contienen.

OTRAS ALTERNATIVAS: Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso.

Estoy en conocimiento de que durante el curso del procedimiento, condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo tanto, autorizo y requiero que el profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. Así también autorizo a que el profesional o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-procedimiento.

Dada su condición es importante que Ud. sepa:

AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

1. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explicó acerca de los métodos diagnósticos alternativos si los hubiese.
2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
3. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI NO
4. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO SI Cuál: _____
5. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
6. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).
7. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.
SI NO

MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo _____, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.
(Marque con una x)

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO ACEPTO (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Hora: ___:___ hs.

REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Hora: ___:___ hs.

IMPORTANTE - PROFESIONALES

Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.