

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## CUIDADO INTENSIVO DOMICILIARIO POR SALUD MENTAL

(LEY NACIONAL N°26.657)

El Cuidado Domiciliario Intensivo de Salud Mental es una de las modalidades de atención con las que se aborda a la persona con sufrimiento psíquico. Se brinda asistencia intensiva por quince días aproximadamente al paciente-familia en su domicilio. Es realizada por un equipo interdisciplinario del Servicio de Salud Mental del Hospital Provincial Neuquén cuya misión es brindar un abordaje a personas en etapa sub-aguda, es decir que hayan superado una situación de riesgo cierto e inminente, o que no hubiera existido para su persona y comunidad y por ello requieren asistencia de terceras personas con en el marco de un abordaje familiar comunitario. Este dispositivo está previsto en la legislación vigente que brinda un marco legal que es conocido por los profesionales integrantes del Equipo Interdisciplinario y ofrecido al paciente, su grupo familiar y allegados. La denominada Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y su Decreto Reglamentario 603/2013, con aplicación en el territorio de la Provincia de Neuquén por Ley Provincial 3.182, establece su artículo 11 la atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares.

El abajo firmante sr/a. \_\_\_\_\_  
D.N.I. / L.E. / L.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad  
manifiesta:

Que se dan las siguientes condiciones donde el paciente acepta estar acompañado por otra persona con el compromiso de oficiar de acompañante co-responsable que se dispondrá a:

- a) Tomar la medicación prescrita en la forma y condiciones que ha sido indicada.
- b) Cumplir las indicaciones del equipo tratante.
- c) Comunicar de inmediato a la institución cualquier episodio de crisis y/o descompensación que sufra el paciente y llamar al N° 107. En caso de urgencias se deberá llamar sin demora al servicio de urgencias que corresponde en el caso que tuviera cobertura médica del paciente, cuyo teléfono declara conocer.

Que comprende y acepta lo siguiente:

1. Que existe un entorno familiar con ausencia de problemas obstaculizadores del proceso de tratamiento y recuperación.
2. Que existen vínculos socio-familiares que acompañan y se comprometen para con el su tratamiento en la vivienda que habita.
3. Que la persona / grupo conviviente debe tomar a su cargo las gestiones y demás indicaciones que el equipo interdisciplinario proporcione durante el tratamiento.
4. Que el programa incluye una duración límite aproximado de quince días; posterior al mismo el equipo referenciará a nueva modalidad de atención o efector.
5. Que acepta haber recibido información sobre su situación de salud y diagnóstico y teniendo en cuenta que "intervención en salud mental" es un proceso continuo, que puede iniciarse en una modalidad de seguimiento intensivo de modalidad ambulatoria desde su inicio o post alta previo a la articulación con otra modalidad o efector para su sustitución definitiva de dispositivos alternativos de seguimiento.
6. Que sabe que el dispositivo de Cuidado Intensivo Domiciliario en Salud Mental incluye (administración de psicofármacos, entrevistas familiares, entrevistas/ indicaciones psicoterapéuticas, sociales, exámenes complementarios, interconsultas, administrado por el Equipo Interdisciplinario)

7. Acepta que tuvo amplias oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
8. Entiende previamente por todo lo expuesto en los ítems anteriores, que resulta la mejor opción terapéutica para su situación actual y declara haber recibido una copia del consentimiento informado.
9. Que conoce que puede solicitar la baja de los cuidados en cualquier momento quedando sujeta al equipo tratante la situación para su re incorporación al programa en caso de cambiar de opinión.
10. Que le explicó en qué consiste el programa, beneficios y riesgos. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno:

Doy mi consentimiento para la que se realice Cuidados Intensivos Domiciliario de Salud Mental:

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del acompañante  
afectivo co-responsable

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/los profesionales  
intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.

### **REVOCACION**

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEY PROVINCIAL N° 2.611 ART. 9 INC. "E" DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN, RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del acompañante  
afectivo co-responsable

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/los profesionales  
intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.