

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La inmunoterapia subcutánea es un tratamiento ampliamente utilizado para el manejo de la rinitis y rinoconjuntivitis alérgica, con y sin asma asociado, por más de 3 décadas. Consiste en la administración subcutánea de una solución constituida por extractos alérgicos a los que está sensibilizado el paciente, con el fin de generar menor respuesta alérgica frente a futuras exposiciones. Para ser efectivo, el tratamiento debe ser administrado por 3 a 5 años.

CÓMO SE REALIZA

Inyectando la solución de extractos alérgicos de forma subcutánea.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La inmunoterapia podría modificar su sistema inmune hacia un perfil más tolerogénico, para que no reaccione frente a nuevas exposiciones al alérgeno.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La inmunoterapia podría mejorar su calidad de vida y disminuir la reactividad de la vía aérea frente a la exposición a alérgenos. Podría disminuir sus síntomas de rinitis, rinoconjuntivitis y asma a corto y largo plazo, incluso podría disminuir el requerimiento de fármacos para el control de estas enfermedades.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Una alternativa es continuar con el tratamiento médico de su enfermedad alérgica, que, dependiendo del caso, podrían ser pastillas (ej: antihistamínicos), inhaladores (nasales o bronquiales) y autoinyectores (ej: adrenalina).

QUÉ RIESGOS TIENE

- **LOS MÁS FRECUENTES:** reacciones en el sitio de punción como picazón, enrojecimiento, hinchazón y adormecimiento. Estas reacciones habitualmente resuelven con aplicación de frío en la zona o administración de medicamentos como antialérgicos y/o antiinflamatorios, prescritos por su médico.
- **LOS MÁS GRAVES:** son infrecuentes las reacciones sistémicas como ronchas generalizadas (urticaria), inflamación de otras áreas del cuerpo (angioedema), descenso de la presión arterial y dificultad respiratoria. En más de un 85% de los casos ocurre en los primeros 30 minutos, motivo por el que usted quedará en observación posterior a la inyección. Estas reacciones requieren intervención médica con fármacos de forma inmediata, y pudiesen requerir derivación a servicio de urgencia para observación.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante el procedimiento, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer el procedimiento y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____

Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o Apoderado

Firma Médico