



Consentimiento Informado Para
Administración De Toxina Botulínica

Consentimiento Informado Para Administración De Toxina Botulínica

Consentimiento Informado para Administración de Toxina Botulínica

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al
TRATAMIENTO CON UNA O MÁS INFILTRACIONES CON TOXINA BOTULÍNICA.

INFORMACIÓN

Tratamiento con una o más infiltraciones con toxina botulínica.

La toxina botulínica Tipo A es una sustancia que se emplea en Medicina hace muchos años para distintas indicaciones.

La inyección con toxina botulínica causa la 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.

Mediante este procedimiento se pretende:

- a) Disminuir la espasticidad de uno o varios grupos musculares, con el objetivo de permitir un mejor posicionamiento, incrementar la funcionalidad, aliviar o disminuir el dolor, mejorar un rango de movilidad, disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos.
- b) Manejo de la Distonía muscular
- c) Manejo del blefarospasmo o hemiespasmo facial
- d) Disminuir la producción de saliva
- e) Disminuir el dolor

El tratamiento no requiere de anestesia general, a excepción de pacientes que no posean la capacidad de cooperar con el procedimiento. El tratamiento no requiere de anestesia local.

El tratamiento consiste en la introducción de Toxina Botulínica con una jeringa en una parte del organismo. En los grupos musculares más profundos se requiere el uso de electroestimulación o apoyo con ultrasonido para ubicar de forma certera el músculo a infiltrar. La dosis y el número de infiltraciones se analizan en cada caso en particular.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se me indicará frío local en los sitios puncionados y un tratamiento analgésico oral después de la intervención.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, en general poco frecuentes y poco graves como:

- Ausencia de resultados esperados
- Molestias debidas al propio pinchazo y al volumen del medicamento introducido.
- Cambios en la sensibilidad cutánea
- Reacción alérgica a la medicación introducida
- Lesión de vasos sanguíneos adyacentes
- Infección del sitio de punción
- Debilidad muscular

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien, esta posibilidad es extremadamente infrecuente

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, infección de la piel sobre la zona a tratar, cursar con un cuadro infeccioso en el momento de la infiltración, medicaciones actuales, especialmente el uso de anticoagulantes orales, o cualquier otra circunstancia.

Existen enfermedades como: (diabetes, obesidad, hipertensión arterial, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones como la ya descritas, en mi caso particular:

.....

En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la 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 médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las preguntas y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También, entiendo 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.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el

TRATAMIENTO CON UNA O MÁS INFILTRACIONES CON TOXINA BOTULÍNICA.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).