



CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE

PAGINA 1

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
Diagnóstico	Rut	
(Sin abreviaturas)		

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

2. PROCEDIMIENTO A REALIZAR

TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE

3. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN Y/O PROCEDIMIENTO, CARACTERÍSTICAS Y POTENCIALES RIESGOS

1) OBJETIVO: Aplicar un tratamiento eficaz, para casos severos o como esquema de rescate en situaciones donde han fracasado las demás intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. También de mantención.

2) CARACTERÍSTICAS:

La terapia electroconvulsivante (TEC) es un tratamiento físico, que consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada (parecido a una crisis epiléptica con convulsiones) de forma controlada, mediante la administración de un estímulo eléctrico, superior al umbral convulsivo. Se realiza bajo anestesia y se administra un relajante muscular, por lo cual se produce la reacción dentro del cerebro, pero no se producen las convulsiones en el cuerpo.

3) INDICACIONES:

Depresión severa o resistente, manía psicótica, esquizofrenia resistente, psicosis refractaria, en algunos casos de psicosis en mujeres que estén embarazadas, personas con psicosis que hayan presentado una reacción adversa a medicamentos llamada Síndrome Neuroléptico Maligno

4) POTENCIALES RIESGOS, COMPLICACIONES Y/O MOLESTIAS:

Los riesgos de complicaciones son muy bajos (complicaciones cardíacas y respiratorias), dado que el procedimiento se efectúa bajo un inductor de la anestesia y de acuerdo a norma Técnica de Terapia Electroconvulsivante. Entre los riesgos, aunque infrecuentes, se encuentran: neumonía por aspiración, reacciones adversas a los fármacos, accidente y/o fracturas en las piezas dentales y alteración del ritmo cardíaco. Entre las Complicaciones o molestias que no significan riesgo se encuentran: la cefalea (dolor de cabeza), somnolencia y mialgias. Podrían producirse alteraciones en la memoria reciente que habitualmente pueden durar hasta 6 meses de terminadas las sesiones. Existe riesgo de muerte asociado a la anestesia general.



CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE

PAGINA 2

4. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Declaro conocer y comprender satisfactoriamente los propósitos de este procedimiento y/o intervención y sus riesgos. Se me ha permitido hacer todas las observaciones y preguntas aclaratorias.

Por ello manifiesto en este acto estar satisfecho (a) con la información recibida y otorgo mi consentimiento libre e informado para someterme o no al procedimiento de terapia electroconvulsivante.

Marque con una cruz su decisión:

En tales condiciones SI _____ acepto NO _____ acepto

Terapia de mantención

SI _____ NO _____

Se me ha informado que, en cualquier momento, puedo revocar este consentimiento, siendo informado de las posibles consecuencias para mi estado de salud y que no perderé los beneficios a que tengo derecho, haciéndome responsable de esa decisión.

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Firma y Rut: _____ Fecha: _____

(Si corresponde)

Nombre y Apellido del Representante Legal o Apoderado: _____

Fecha _____ Firma y Rut: _____

5. IDENTIFICACIÓN Y FIRMA DE PROFESIONAL RESPONSABLE DE EFECTUAR INDICACIÓN Y/O EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

Nombre, Apellido y timbre: _____

Firma _____

Médico que Indica y/o ejecuta Terapia Electroconvulsivante

Nombre, Apellido y timbre: _____

Firma _____

6. DECLARACIÓN DE REVOCACIÓN (paciente o representante legal)

YO _____, RUT _____

Por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, dejo constancia de mi decisión de revocar la autorización/rechazo que firmé con anterioridad, para efectuar la intervención descrita en el documento de consentimiento informado.