**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TRATAMIENTO TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE**

**“Clínica MirAndes”**

**1. DATOS DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Diagnóstico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rut\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Sin abreviaturas)

**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. **CARACTERISTICAS:** 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 cardiacas 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 cardiaco.Entrelas 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.

**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.

 **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INICIO TRATAMIENTO CON CLOZAPINA**

**“Clínica MirAndes”**

1. **DATOS DEL PACIENTE**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Diagnóstico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Sin abreviaturas)

**2. PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO A REALIZAR**

***INICIO TRATAMIENTO CON CLOZAPINA***

**3. ANTECEDENTES DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

|  |
| --- |
| 1. **OBJETIVO:** Mejorar la sintomatología psicótica.
2. **CARACTERÍSTICAS:** es un tratamiento farmacológico moderno; pertenece al grupo de los llamados antipsicóticos atípicos.
3. **INDICACIONES:** En enfermedades psiquiátricas de muy difícil manejo que no responden a otros tratamientos, como esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
4. **POTENCIALES RIESGOS Y MOLESTIAS:** Se podrían presentan las siguientes reacciones adversas:
* Neutropenia / agranulocitosis, esto es disminución de las células de defensa del cuerpo; son parte de los glóbulos blancos que circulan en la sangre.
* Convulsiones.
* Miocarditis, esto es inflamación del tejido del corazón.
* Aumento de peso.
* Aparición de diabetes, aumento del colesterol o aparición de hipertensión arterial.
* Descompensación psiquiátrica por la suspensión brusca de CLOZAPINA.

Entre las molestias que no significan riesgo se encuentran la somnolencia, salivación y taquicardias. **PLAN PREVENTIVO OBLIGATORIO:** Debido al riesgo de neutropenia/agranulocitosis, el uso de CLOZAPINA debe ser realizado bajo una estricta Farmacovigilancia, con controles médicos y de hemograma semanales durante las primeras 18 semanas de tratamiento, y luego con controles mensuales mientras el paciente esté tomando CLOZAPINA, todo esto con el fin de detectar y tratar oportunamente cualquiera (u otra) de las reacciones adversas mencionadas. Al igual que cualquier antipsicótico, habitualmente habrá que tomarlo de por vida para mantener la mejoría lograda. |

**4. DECLARACIÓN DEL PACIENTE**

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

Si se presentara algún imprevisto en mi tratamiento el equipo médico podrá realizar tratamientos adicionales o variar la técnica prevista de antemano.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo la explicación del alcance y riesgos de mi tratamiento.

**Marque con una cruz su decisión:**

En tales condiciones **SI\_\_\_\_\_\_**acepto **NO\_\_\_\_\_\_\_\_**acepto

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Si corresponde)

Nombre y Apellido del Representante Legal o

Apoderado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE INDICA TRATAMIENTO**

Nombre y 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.