

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL CON PALIVIZUMAB PARA PREMATUROS MENORES DE ENTRE 32 Y 34+6 SEMANAS DE GESTACIÓN AL NACER Y DE ENTRE 1500 A 2500 GRAMOS AL NACER, CAMPAÑA EXCEPCIONAL INVIERNO 2023.

Fecha:		
Nombre del beneficiario(a):		CI:
Edad:	Domicilio:	Tel.:
Nombre del Tutor(a):		CI:
Nombre del médico(a):		CI:

¿Qué es la infección por virus respiratorio sincicial?

La infección por virus respiratorio sincicial (VRS) es una de las causas principales de infección aguda de las vías respiratorias inferiores en lactantes y niños y niñas pequeños en todo el mundo. El VRS presenta altas tasas de ataque en lactantes menores, siendo de evolución más grave en personas con factores de riesgo, como antecedentes de prematuridad extrema y cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas, en los cuales la infección por VRS es la primera causa de hospitalización.

Riesgos del tratamiento

Riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto. Según la literatura médica, en el transcurso del tratamiento con palivizumab podrían presentarse, las siguientes reacciones adversas: fiebre, erupción y reacción en el lugar de la inyección. La reacción adversa más grave que podría llegar a ocurrir durante el tratamiento con palivizumab es anafilaxia (reacción alérgica grave en todo el cuerpo) y otras reacciones de hipersensibilidad aguda. Riesgos personalizados. Asimismo, pueden existir riesgos que estén relacionados con las circunstancias personales del beneficiario(a), estado previo de salud, edad, o cualquier otra situación particular y que en su caso pueden ser los siguientes:

Derecho a no consentir o retirar el consentimiento

Usted puede no consentir la realización del referido tratamiento y además, en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puede revocar este consentimiento, lo que de ninguna manera provocará un trato discriminatorio por parte del personal clínico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ RUT _____ Tomo conocimiento que sobre el acto médico; “Profilaxis de la infección del virus respiratorio sincial con palivizumab para prematuros menores de entre 32 y 34+6 semanas de gestación al nacer y de entre 1500 y 2500 gramos al nacer, campaña excepcional invierno 2023”, he sido adecuadamente y oportunamente informado/a respecto a la enfermedad, las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias, así como las posibles consecuencias de la no realización de las mismas. Se me han hecho saber las razones que motivan el tratamiento planteado, los probables riesgos, complicaciones y resultados que del mismo pueden surgir. Dejo constancia que he comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, permitiéndome el médico informante, hacer todas las consultas y observaciones que estimé necesarias y aclarándome las dudas que le he planteado. He entendido la importancia de cumplir el tratamiento y continuar en control médico, realizando análisis periódicamente de acuerdo con lo que me indique el médico tratante. He sido instruido sobre mi DERECHO a consultar cualquier duda referente al presente tratamiento y de retirarme de él si yo así lo determino. Por lo tanto, mediante el presente, consiento libre y voluntariamente aceptar el tratamiento de profilaxis de la infección del virus respiratorio sincial con palivizumab para prematuros menores de entre 32 y 34+6 semanas de gestación al nacer y de entre 1500 y 2500 gramos al nacer, campaña excepcional invierno 2023:

Sección tutor legal:	
Tengo la autorización legal para autorizar el tratamiento de profilaxis de la infección del virus respiratorio sincial con palivizumab para prematuros menores de entre 32 y 34+6 semanas de gestación al nacer y de entre 1500 y 2500 gramos al nacer, campaña excepcional invierno 2023. Estoy al tanto de las implicancias, riesgos, beneficios y limitaciones del tratamiento y el impacto que puede tener en el beneficiario(a) y su familia.	
Nombre tutor legal:	CI tutor legal:
Firma:	
Sección médico/a tratante:	
He explicado la información que se encuentra en este consentimiento, informando al tutor legal.	
Nombre médico/a:	Especialidad:
Fecha:	Firma: