hm hospitales

Consentimiento informado para el tratamiento con oseltamivir (Tamiflu®) en niños menores de un año

Nº HISTORIA.....

DON/DOÑA é ... (**NOMBRE Y DOS APELLIDOS**) DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO ENé é é é é é é é é é é é é ..... Y D.N.I. Nº..... EN CALIDAD DE é é é é é ..... (**REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO**) DEL NIÑO .....(**NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE**).

DECLARO:

QUE EL DOCTOR DON/DOÑA é (**NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACION**) me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo/hija é é é é é é é é é é é é é ..é é é é é é é é é é é é ... , a recibir tratamiento con OSELTAMIVIR (Tamiflu) .....(**NOMBRE DEL ANTIVIRAL**), en la siguiente indicación:.....

é é

(Profilaxis post-exposición/tratamiento) de caso (Confirmado/ sospechoso) de gripe por virus H1N1.

Previamente he sido convenientemente informado de los riesgos y beneficios que pueden derivarse del mismo.

Soy consciente de que el Oseltamivir es un fármaco antiviral empleado para el tratamiento de las infecciones respiratorias por virus influenza habiéndose demostrado su eficacia en el tratamiento de esta enfermedad en niños mayores de un año de edad. Oseltamivir se administra y se absorbe en su totalidad por vía oral.

Los efectos secundarios principales observados en mayores de un año son vómitos insomnio, cefalea, nauseas y dolor abdominal. Con menor frecuencia diarrea, congestión nasal, tos, vértigo, convulsiones, dolor de garganta, mareos y fatigas.

Existen pocos datos respectos a **los efectos colaterales en niños menores de un año** de edad.

En España ha sido aprobado recientemente por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) su uso en la situación actual de pandemia por virus H1N1 de la gripe A en pacientes menores de un año y mayores de 6 meses. En estados unidos se ha aprobado su uso en estas condiciones de pandemia en niños mayores de 6 meses.

De acuerdo a publicaciones internacionales (Ped.Inf.Dis.J.2005; 24:575) la administración de la droga oseltamivir en al menos 100 niños menores de 12 meses de edad no se asoció a efectos adversos graves no habiéndose reportado ningún caso de fallecimiento asociado al uso de este fármaco.

La administración de Oseltamivir (Tamiflu®) en niños mayores de 3 meses de edad podría ser beneficiosa para el tratamiento de las infecciones por virus influenza, condiciones especiales de riesgo de infección por virus influenza en este grupo de edad.

Los riesgos de efectos adversos se encuentran relacionados con el estado de salud previo del paciente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido Dr./Dra./Dres.: _____ me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, obligándome a notificarlo al facultativo o equipo médico actuante.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance, beneficios, riesgos y alternativas del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se administre a mi hijo/hija el tratamiento con **OSELTAMIVIR (Tamiflu®)** con la dosificación que a continuación se indica.....
.....
.....
.....
.....

En....., aé é é é é é . deé é é é é é é é é de 20é é é .
(Lugar y fecha).

Fdo.: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado: _____

Fdo.: REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO

REVOCACIÓN

DON/DOÑA é ... (**NOMBRE Y DOS APELLIDOS**) DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO ENé é é é é é é é é é é é ..... Y D.N.I. Nº..... EN CALIDAD DE é é é é é ..... (**REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO**) DEL NIÑO .....(**NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE**).

Revoco el consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., aé é é é é é . deé é é é é é é é é de 20é é é .
(Lugar y fecha).

Fdo.: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado: _____

Fdo.: REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO