

Consentimiento informado para el tratamiento con antivirales oseltamivir (Tamiflu®) en mujeres gestantes o con probabilidad de estarlo

Nº HISTORIA
DON/DOÑA Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ
DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO
ENő ő ő ő ő ő ő ő ő ő ő ő Y D.N.I. Nº
DON/DOÑA Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ
dos apellidos) DE AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO
ENÕÕÕÕÕÕÕÕÕÕÕÕÕÕÕ Y D.N.I. №
EN CALIDAD DE Õ Õ Õ Õ Õ (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) DE
LA PACIENTE(NOMBRE
Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE).
DECLARO:
QUE EL DOCTOR DON/DOÑA Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ Õ
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
(Profilaxis post-exposición/tratamiento) de caso (Confirmado/ sospechoso) de gripe por virus H1N1.
Previamente he sido convenientemente informada de los riesgos y beneficios que pueden derivarse del mismo.
He sido advertida por la información procedente de la gripe estacional y de anteriores

pandemias que la gripe puede ser más grave en mujeres embarazadas. En especial se ha descrito un mayor riesgo de abortos, de partos prematuros y de neumonía. También podría haber riesgo de complicaciones perinatales.

En estudios realizados en animales con oseltamivir (Tamiflu®) no ha mostrado tener efectos dañinos directos o indirectos sobre el embarazo, desarrollo embrionario/fetal parto o desarrollo postnatal, pero no hay datos suficientes en seres humanos que indiquen que son medicamentos seguros para el feto. Tampoco se tiene información sobre los posibles efectos adversos para la madre, el feto o el recién nacido en fases avanzadas del embarazo. Por esta razón, la ficha técnica autorizada establece que no se deben utilizar en mujeres gestantes a menos que los beneficios potenciales para la madre justifiquen el riesgo potencial para el feto.

Dada la recomendación de la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) de que en las pacientes candidatas a recibir tratamiento con oseltamivir (Tamiflu®) según criterios diagnósticos (clínicos, de laboratorio y epidemiológicos), se me ha efectuado una valoración individual de la que he sido informada, así como del grado de afectación que tengo y su incidencia con otros factores de riesgo que pueden propiciar complicaciones.

He sido informada igualmente de que al margen o no del tratamiento antiviral debo tratarme siempre la hipertermia asociada a la gripe, dado que está demostrado que puede ser periudicial para el feto, especialmente si es elevada y sostenida. El paracetamol es el medicamento de elección.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y facultativo atendido Dr./Dra./Dres.: sencillo. el aue me ha me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento v 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 me realice el tratamiento con OSELTAMIVIR (Tamiflu®) con la dosificación que a continuación se indica: Tratamiento de infección por virus H1N1 (Gripe A) confirmado o sospechoso en mujer gestante o con posibilidades de estarlo. Profilaxis post exposición de la mujer gestante con posibilidad de estarlo En......aõõõõõo de 2õõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõõ (Lugar y fecha). Fdo.: EL/LA MÉDICO Fdo.: LA PACIENTE / REPRESENTANTE Nº Colegiado _ REVOCACIÓN $\mathsf{DON/DO\tilde{N}A}\ \tilde{0}\ \tilde{0}\$ DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO $\mathsf{DON}/\mathsf{DO\tilde{N}A}\ \tilde{\mathsf{o}}\ \tilde{\mathsf{o}}\$ APELLIDOS) DE AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO

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

EN CALIDAD DE Õ Õ Õ Õ Õ (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) DE LA PACIENTE(NOMBRE

(Lugar y fecha).

Fdo.: EL/LA MÉDICO Fdo.: Fdo.: LA PACIENTE / REPRESENTANTE Nº Colegiado _ D.N.I:

Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE).