

ser perjudicial 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 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

CONSENTIMIENTO

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....., año de de 20..... .
(Lugar y fecha).

Fdo.: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado _____

Fdo.: LA PACIENTE / REPRESENTANTE

REVOCACIÓN

DON/DOÑA (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO EN Y D.N.I. Nº.....

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

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

En....., año de de 20..... .
(Lugar y fecha).

Fdo.: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado _____

Fdo.: Fdo.: LA PACIENTE / REPRESENTANTE
D.N.I.: _____