

Tractament amb Infliximab. Consentiment Informat CSAPG

Vostè té dret a conèixer el procediment al que serà sotmès i les complicacions més freqüents que poden ocórrer. Aquest document intenta explicar-li totes aquestes qüestions; llegeixi'l atentament i consulti amb el seu metge tots els dubtes que se li plantegin.

1. Descripció del procediment

El tractament se li administra per via intravenosa a l'Hospital de Dia. La administració de cada dosi dura aproximadament, 2 hores.

S'administra la primera dosi, la segona dosi s'administra a les dues setmanes, la tercera dosi a les sis setmanes, des del començament del tractament i posteriorment cada 8 setmanes.

En alguns casos es necessari augmentar la freqüència en l'administració de les dosis.

2. Preparació

Abans de començar el tractament es fa una avaluació del pacient que consisteix en: història mèdica completa, exploració física, analítica general de sang, prova de la tuberculina i radiografia de tòrax.

3. Beneficis del procediment

Alleujar els símptomes i frenar el progrés de la malaltia.

El Infliximab es un fàrmac que actua disminuint els nivells de TNF i ha demostrat ser eficaç en el tractament de les malalties inflamatòries intestinals: Malaltia de Crohn i Colitis Ulcerosa, quan aquestes no responen de forma adequada al tractament amb altres fàrmacs. Actualment, es coneix que la TNF és una de les principals substàncies responsables del dolor i de la inflamació.

4. Alternatives al procediment

En cas de NO EFECTUAR-SE AQUEST PROCEDIMENT.....

Alternatives:

5. Riscos generals i específics del procediment

Durant o després de l'administració del fàrmac es pot presentar: mal de cap, nàusees, alteracions de la pressió arterial, picor, febre, sufocacions, erupcions a la pell, dolor abdominal, tos, diarrea i mal de coll.

Durant el tractament pot patir infeccions amb més facilitat. Alguns pacient han presentat infeccions lleus, com el refredat comú, però en altres casos els pacients han desenvolupat alguna infecció més greu, com: la pneumònia, la tuberculosi o d'altres infeccions. Per a evitar això, a tots els pacient abans d'iniciar el tractament se'ls fa la prova de la tuberculina, a la pell, i una radiografia de tòrax, per valorar si han estat en contacte amb el bacteri de la tuberculosi. Si les proves són positives, s'administra un tractament per a prevenir la tuberculosi, junt amb el tractament amb Infliximab.

El Infliximab pot afectar el sistema immunològic ("les defenses") del nadó, per aquest motiu, si vostè és una dona en edat de tenir fills, mentre realitzi el tractament amb Infliximab i durant els 6 mesos posteriors a l'última dosi, no ha de quedar-se embarassada i ha d'utilitzar un mètode anticonceptiu segur.

El pacient ha de posar-se en contacte amb el seu Digestòleg o amb un Servei Mèdic si li apareix algun efecte secundari greu o algun signe d'infecció (febre, malestar general, etc.).

6. Riscos personalitzats

Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seva situació clínica i les seves circumstàncies personals són:

7. Observacions i contraindicacions

.....
.....
.....



Sr./Sra.:

amb DNI:

DECLARO que:

He estat informat/da amb antelació i de forma satisfactòria pel metge, del procediment Tractament amb Infiximab.

Que conec i assumeixo els riscos i/o complicacions que es poden produir derivats del procediment, malgrat que els professionals posin tots els mitjans al seu abast.

Que he llegit i comprès aquest escrit. Estic satisfet/a amb la informació rebuda, he formulat totes les preguntes que he cregut convenient i m'han aclarit tots els dubtes plantejats.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara signo, amb només comunicar-ho a l'equip mèdic.

I en aquestes condicions,

CONSENTO

NO CONSENTO

que se'm realitzi el Tractament amb Infiximab

Signatura del/de la pacient

Representant legal i DNI

Signatura del/de la professional i
núm. de col·legiat/ada

Data:

REVOCO: El consentiment donat i, per tant, no desitjo que em sigui realitzada amb Tractament amb Infiximab

Signatura del/de la pacient

Representant legal i DNI

Data: