

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE HISTAMINA DEL LADO AFECTO ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este documento informativo pretende explicar de forma sencilla, la denominada **ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE HISTAMINA**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

La administración endovenosa de histamina se utiliza, como medida de excepción, en el tratamiento de procesos auditivos, tales como pérdida brusca de la audición, que no responden a otros tratamientos más convencionales, en un intento de producir un aumento del aporte de sangre al oído enfermo.

Esta técnica se realiza mediante punción en una vena, generalmente en el brazo o mano, del catéter de un sistema de gotero que contiene suero, al que se le ha añadido previamente, una cantidad variable de histamina.

El goteo se inicia lentamente, aumentando la velocidad hasta que aparezcan una serie de manifestaciones, como enrojecimiento de cara y cuello o sensación de opresión en la cabeza, que nos indican la efectividad del tratamiento.

El paciente suele estar hospitalizado ya que, está sometido a un tratamiento combinado con otras sustancias, o a vigilancia de la evolución de su enfermedad. Por ello, la duración del período de ingreso debe de decidirla su médico.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La mejoría de la audición o la disminución de los acufenos -los ruidos del oído- son beneficios posibles, pero la efectividad del tratamiento es variable en cada caso, en dependencia de numerosas circunstancias.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Existen otros tratamientos para tratar la pérdida brusca de la audición, tanto médicos como físicos, tales como otros tratamientos vasodilatadores, los fármacos neurotróficos, la sumisión a oxigenoterapia hiperbárica, etc. Su médico decidirá sobre el tratamiento de su sordera, como mejor convenga a las circunstancias de cada caso.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de *no efectuarse esta terapia*, puede persistir la pérdida de la audición que ha justificado el tratamiento con histamina.

RIESGOS FRECUENTES

Normalmente están relacionadas con la hipotensión arterial -disminución de la tensión arterial-, que se produce debido al efecto vasodilatador -dilatación de los vasos- de la histamina. El efecto más frecuente suele ser una pequeña lipotimia -desmayo- que suele ceder con facilidad.

No se puede excluir la posibilidad de un shock con parada cardiorrespiratoria.

Potencialmente, de forma excepcional, se puede presentar un broncoespasmo, es decir, un espasmo de los bronquios que impediría la entrada de aire al aparato respiratorio, lo que supone una complicación grave que debe ser tratada inmediatamente.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA