

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE CORTICOIDES PARA EL TRATAMIENTO DE LA OFTALMOPATÍA TIROIDEA ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

*¿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

Se administra 3 veces por semana durante 2 semanas 1 g de metilprednisolona en 250 ml de suero fisiológico por vía intravenosa a lo largo de 60-90 minutos.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mejoría de la sintomatología de la oftalmopatía de Graves activa.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Administración de los corticoides por vía oral.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoría de la sintomatología de la oftalmopatía de Graves activa.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

No mejoría e incluso empeoramiento de oftalmopatía de Graves activa.

RIESGOS FRECUENTES

Elevación de la tensión arterial, edemas, molestias gastrointestinales.

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

Convulsiones, psicosis, lesiones en los ojos, aumento del riesgo de infección, úlceras gástricas o duodenales.

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

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a la metilprednisolona, otros glucocorticoides o a alguno de los excipientes, determinadas enfermedades virales (p, ej., varicela, herpes simple, o- durante la fase virémica- herpes zoster) tuberculosis latente o manifiesta, incluso sólo sospechada ya que existe riesgo de manifestación de la tuberculosis latente o empeoramiento de la manifiesta, durante el periodo pre y post-vacunal (aproximadamente 8 semanas antes y 2 semanas después de la vacunación) ya que puede aumentar el riesgo de complicaciones debidas a la vacunación.

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