

|                    |              |                             |              |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| <b>SERVICIO:</b>   |              | <b>Nº Historia Clínica:</b> |              |
| <b>Unidad:</b>     |              | <b>Nombre Paciente:</b>     |              |
| <b>Habitación:</b> | <b>Cama:</b> | <b>Fecha Nacimiento:</b>    | <b>Sexo:</b> |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON DISULFIRÁN Y CIANAMIDA CÁLCICA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

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

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

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El Disulfirán y la Cianamida Cálcica (interdictores) son fármacos que inhiben una enzima hepática relacionada con la metabolización del alcohol.

Si se bebe durante el tratamiento se produce una experiencia desagradable (aversiva) caracterizada por sofoco, mareo, enrojecimiento facial, cefalea y taquicardia. Se trata de cuadros leves que no suelen requerir de asistencia sanitaria. Excepcionalmente puede presentarse hipotensión grave, confusión mental y síntomas neurológicos.

Estos tratamientos ayudan a reducir los días de consumo de alcohol a través de efectos cognitivos disuasorios.

Se organizan individualmente y su eficacia depende de la aceptación, comprensión y cumplimiento por parte del paciente.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Según la situación clínica de cada paciente y su evolución general se pueden organizar otros tratamientos médicos y psicoterápicos para la deshabitación a alcohol. También pueden asociarse estas opciones con los interdictores.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

### RIESGOS FRECUENTES

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

Los interdictores están contraindicados en circunstancias especiales como el embarazo y en patologías orgánicas graves (insuficiencia renal, hepática, cardíaca, respiratoria; encefalopatías).

Se ha de vigilar la asociación con otros fármacos.

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

**CONTRAINDICACIONES**

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>PACIENTE</b>  |            |              |              |
| D/D <sup>a</sup>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> 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 |            |              |              |
| <b>NOMBRE / APELLIDOS</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>  |            |              |              |
| D/D <sup>a</sup>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> 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 |            |              |              |
| <b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> 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.   |            |              |              |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |