

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La inmunoterapia subcutánea es un tratamiento ampliamente utilizado para el manejo de la rinitis y rinoconjuntivitis alérgica, con y sin asma asociado, por más de 3 décadas. Consiste en la administración subcutánea de una solución constituida por extractos alérgicos a los que está sensibilizado el paciente, con el fin de generar menor respuesta alérgica frente a futuras exposiciones. Para ser efectivo, el tratamiento debe ser administrado por 3 a 5 años.

#### CÓMO SE REALIZA

Inyectando la solución de extractos alérgicos de forma subcutánea.

#### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La inmunoterapia podría modificar su sistema inmune hacia un perfil más tolerogénico, para que no reaccione frente a nuevas exposiciones al alérgeno.

#### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La inmunoterapia podría mejorar su calidad de vida y disminuir la reactividad de la vía aérea frente a la exposición a alérgenos. Podría disminuir sus síntomas de rinitis, rinoconjuntivitis y asma a corto y largo plazo, incluso podría disminuir el requerimiento de fármacos para el control de estas enfermedades.

#### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Una alternativa es continuar con el tratamiento médico de su enfermedad alérgica, que, dependiendo del caso, podrían ser pastillas (ej: antihistamínicos), inhaladores (nasales o bronquiales) y autoinyectores (ej: adrenalina).

#### QUÉ RIESGOS TIENE

- **LOS MÁS FRECUENTES:** reacciones en el sitio de punción como picazón, enrojecimiento, hinchazón y adormecimiento. Estas reacciones habitualmente resuelven con aplicación de frío en la zona o administración de medicamentos como antialérgicos y/o antiinflamatorios, prescritos por su médico.
- **LOS MÁS GRAVES:** son infrecuentes las reacciones sistémicas como ronchas generalizadas (urticaria), inflamación de otras áreas del cuerpo (angioedema), descenso de la presión arterial y dificultad respiratoria. En más de un 85% de los casos ocurre en los primeros 30 minutos, motivo por el que usted quedará en observación posterior a la inyección. Estas reacciones requieren intervención médica con fármacos de forma inmediata, y pudiesen requerir derivación a servicio de urgencia para observación.

#### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

#### OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante el procedimiento, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer el procedimiento y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico