

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON CLOZAPINA.

Ciudad y fecha:;/...../20.....-

1. Yo,, declaro haber sido informado en términos claros y sencillos por el **Dr./a.**, acerca de la necesidad de que se me efectúe tratamiento psicofarmacológico con clozapina -antipsicótico que se utiliza ante la presencia de síntomas refractarios a otros psicofármacos, ya sea por respuesta inadecuada o por intolerancia- a fin de tratar el trastorno psiquiátrico que padezco conocido como....., según las categorías del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (*del inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) DSM-IV. El trastorno que padezco me ha sido explicado en un lenguaje sencillo y comprensible.

2. He recibido información acerca del alcance y propósitos del tratamiento que se me brindará, como así también sobre sus alternativas. Específicamente se me han explicitado las complicaciones o efectos adversos que pueden presentarse durante el curso del tratamiento, entre ellas: fatiga, somnolencia, sedación y sialorrea, como así también mareos, taquicardia, y constipación. Asimismo pueden presentarse otros efectos adversos ocasionales como cefalea, convulsiones, temblor, rigidez muscular, acatisia, síndrome neuroléptico maligno, hipotensión ortostática, hipertensión, cambios en el electrocardiograma, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, incremento de valores de enzimas hepáticas, incontinencia o retención urinaria, leucopenia, neutropenia, eosinofilia y agranulocitosis, fiebre, aumento de peso, sequedad de boca, visión borrosa, sudoración, confusión y delirio, entre otros poco frecuentes.

3. Se me ha aclarado que la clozapina es capaz de producir una alteración importante en la cantidad de glóbulos blancos sanguíneos conocida como *agranulocitosis*, la cual puede disminuir la capacidad de defensa frente a la agresión por múltiples gérmenes. La granulocitopenia y agranulocitosis son efectos adversos serios que podrían requerir la discontinuación del tratamiento para evitar infecciones potencialmente graves o fatales, por tal motivo se requiere la inclusión del paciente en un programa de monitoreo como condición para recibir el fármaco y reducir al mínimo este riesgo al permitir su prevención o detección precoz. Acepto en consecuencia la participación en un programa de monitoreo para pacientes tratados con CLOZAPINA, que tiene la finalidad de permitir su utilización en condiciones apropiadas de seguridad.

Se me ha informado que el Dr. es el responsable de las obligaciones que dentro del programa le competen a partir de la fecha del inicio del tratamiento:...../...../20.....-

4. Asimismo se me ha indicado un análisis de sangre (hemograma) semanal durante las primeras 18 semanas de tratamiento, y luego el mismo estudio aunque con frecuencia mensual y hasta un mes luego de la discontinuación del fármaco.

5. También se me ha aclarado que existe la alternativa de otro tipo de abordaje terapéutico, consistente en, pero que la misma presentaría la siguiente desventaja respecto de la indicación sugerida por mi equipo tratante:.....-

6. Asimismo he sido informado sobre las consecuencias negativas sobre mi bienestar físico y mental de no acceder al tratamiento propuesto. Específicamente se me ha aclarado que de no recibir el tratamiento indicado corro riesgo de evolucionar desfavorablemente.

7. Antes de suscribir este instrumento se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. He tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido, y estoy satisfecho con las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el tratamiento indicado, por lo que otorgo mi conformidad al mismo, comprometiéndome a su vez a colaborar con todo el equipo de salud que intervenga durante mi internación o atención ambulatoria. Específicamente se me ha explicitado que de acuerdo a cuál resulte mi evolución frente al tratamiento indicado puede resultar necesario modificar el mismo.

8. Entiendo que esta conformidad puede ser revocada en cualquier momento, y soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta, por lo que no se me han prometido o garantizado los resultados que se buscan en la mejoría de mi estado de salud psicofísica.

Firma del paciente: **Aclaración:**
Documento: **Teléfono:**
Domicilio:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) **Firma del representante:**

Aclaración:
Documento: **Teléfono:**.....
Domicilio:
Vínculo con el paciente:

(2) **Firma del representante:**

Aclaración:
Documento: **Teléfono:**
Domicilio:
Vínculo con el paciente: