

Consentimiento Informado profilaxis posterior a un accidente cortopunzante

Ley 26529 – Ley 26742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Nombre y apellido:

DNI: Fecha de nacimiento:/...../.....

El Consentimiento Informado es la potestad que todo paciente tiene de aceptar libremente y sin presiones, que se practiquen en su cuerpo, por necesidad diagnóstica o terapéutica, algún procedimiento clínico, laboratorio, imagenológico o instrumental. El/los mismo(s) que se realizará(n) con la previa explicación detallada de la persona que realizará el procedimiento, para que el paciente conozca y comprenda cómo será realizado el/los procedimiento(s) y cuáles son sus beneficios, riesgos o complicaciones, y para que pueda obtener respuestas a sus preguntas.

Este documento es puesto en conocimiento del Paciente, Familiar o Representante Acreditado del paciente con anterioridad a la(s) intervención(es) quirúrgica(s) y/o procedimientos médicos necesario(s) que se le vayan a realizar en el Sanatorio Las Lomas quien(es) enterado(s) de su contenido, libre y voluntariamente lo suscribe(n). Para que lo mencionado pueda cumplirse Ud. Debe efectuar todas las preguntas que crea necesarias.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias

EXPRESIÓN Consentimiento Informado profilaxis posterior a un accidente cortopunzante

I. DECISIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi atención, los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán, así como también se me ha sido informado que:

1. Puedo NO DESEAR recibir esta información, en cuyo caso el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie NO DESEO SER INFORMADO (Tildar aquí si el paciente no desea ser informado):
2. O puedo autorizar a:, número de DNI a RECIBIR INFORMACIÓN y a DECIDIR sobre el tratamiento al que seré sometido.

Además, he sido informado que este consentimiento PODRÁ SER REVOCADO en cualquier momento anterior a la realización del procedimiento, en cuyo caso se suscribe en el lugar que se destina al pie.

II. PROCEDIMIENTO

El procedimiento por realizar consiste en la administración de TENOFOVIR 300mg/LAMIVUDINA 300mg + DOLUTEGRAVIR 50mg en profilaxis posterior a accidente cortopunzante.

Por medio del presente documento, manifiesto entender que:

1. Se me ha informado que existe un tratamiento preventivo para la transmisión del HIV en esta clase de accidentes consistente en la toma de una combinación de medicamentos antirretrovirales (ARV) durante cuatro semanas. La profilaxis posterior al accidente (PPA) se recomienda para el tipo de accidentes que he sufrido y de acuerdo a estudios realizados por el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) se ha establecido que la PPA con ARV disminuye la posibilidad de seroconversión del HIV luego de exposición percutánea a sangre infectada.
2. Se me ha informado y lo he comprendido que la PPA que se me recomienda, de acuerdo a los estudios realizados, debe ser administrada rápidamente luego del accidente porque aumenta su eficacia, de preferencia, en las primeras 2 horas luego de la exposición, y hasta un máximo de 72hs, tras el cual no tiene eficacia.
3. Los riesgos, toxicidad, efectos adversos y colaterales de las drogas antirretrovirales que conforman la PPA no están completamente evaluados en personas no infectadas por HIV, ni en el primer trimestre de embarazo, aunque no están contraindicadas para el mismo. La información con que se cuenta está referida a la aplicación de esas drogas antirretrovirales para personas infectadas por HIV y sus complicaciones están referidas a la aparición de:
 - Para Lamivudina: los efectos adversos más frecuentes son: cefalea, fatiga, náusea, diarrea, neutropenia. Menos frecuente son: fiebre o escalofríos, náuseas y vómito, pérdida del apetito, dolor abdominal, entumecimiento y hormigueo en manos, brazos, piernas y pies, anemia, mialgia, artralgia, dolor esqueleto muscular, erupción cutánea.
 - Para Tenofovir: los efectos adversos más frecuentes son: hepatotoxicidad y nefropatía tubular.
 - Para Dolutegravir: Pueden disminuir la densidad mineral ósea, náuseas, hepatotoxicidad, hipersensibilidad, puede elevar la CPK, producir rabdomiólisis, miopatía o miositis. Puede producir

Código del documento: SLL-PCI-FOR-010-001

Fecha de próxima revisión: 15/10/2027

Que este documento este impreso constituye una copia no controlada la versión vigente se encuentra disponible en Intranet del Sanatorio Las Lomas.



Consentimiento Informado profilaxis posterior a un accidente cortopunzante

Ley 26529 – Ley 26742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



cefalea, insomnio, depresión e ideas suicidas, (<1%) sobre todo en personas con alteraciones psiquiátricas preexistentes. Posible aumento de peso.

4. Aspectos complementarios (solo si corresponde)

Por todo lo expuesto, habiendo evaluado y comprendido la información que he recibido, teniendo en cuenta los posibles beneficios y los potenciales eventos adversos detallados más arriba y de acuerdo a las características de riesgo incrementado del accidente que he sufrido, manifiesto en forma libre e informada **ACEPTAR EL TRATAMIENTO** que se me entrega en este momento compuesto por **TENOFOVIR 300mg/LAMIVUDINA 300mg + DOLUTEGRAVIR 50mg COMPRIMIDOS**.

III. ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA PERSONAS EMBARAZADAS O LACTANCIA

En caso de estar embarazada o en duda de estarlo, debo conocer que no existen reglas claras y estudios objetivos que sean completamente informativos sobre el beneficio de tomar los medicamentos para cubrir el riesgo de contagio y los eventuales y desconocidos efectos sobre la gestación, especialmente durante el primer trimestre. Es una decisión exclusivamente mía teniendo en cuenta lo expuesto arriba y a pesar de tener la posibilidad de consultar a un profesional entrenado.

En caso de lactancia, esta se deberá suspender mientras se ingieran los medicamentos para evitar transmisión del virus en caso de que el contagio por el accidente suceda, así como también deberé tener prácticas de sexo seguro hasta confirmar que no se produjo contagio.

No consumir medicamentos sin consulta previa al especialista, por riesgo de interacciones.

Recibo citación para la concurrencia al especialista que luego de un estudio más profundo del caso decidirá la continuación o no del tratamiento.

EN ESTE ACTO RECIBO: LAMIVUDINA 300mg/TENOFOVIR 300mg + DOLUTEGRAVIR 50mg (TRES COMPRIMIDOS DE CADA UNO).

SE ACOMPAÑA LA ENTREGA CON: Indicación en receta médica, instructivo y teléfono para consultas sobre dudas o preguntas.

LUGAR: _____ HORA: _____ FECHA: _____

FIRME AQUÍ EN EL CASO DE ACEPTAR REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma del representante legal:

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma del profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:



Consentimiento Informado profilaxis posterior a un accidente cortopunzante

Ley 26529 – Ley 26742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Revocación (anulación) del Consentimiento Informado profilaxis posterior a un accidente cortopunzante

Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Teniendo en cuenta que:

- 1) Con anterioridad a esta fecha he firmado un Consentimiento Informado profilaxis posterior a un accidente cortopunzante,
- 2) Se me ha explicado que, debido a mi diagnóstico arriba indicado, no es conveniente dicha revocación, ya que comprende riesgos para mi salud.

No obstante, **DECIDO** en forma libre e informada: **REVOCAR** a partir de esta fecha el Consentimiento Informado otorgado arriba, asumiendo responsabilidad y deslindando a la institución, médicos y profesionales tratantes.

SOLO FIRME AQUÍ SI DESEA REVOCAR (ANULAR) EL CONSENTIMIENTO YA FIRMADO

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma del representante legal:

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma de profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

