

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTO TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ BARAK"**

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre : _____
 Nombre Apellido Paterno Apellido Materno
 Diagnóstico: _____ Rut: _____
 (Sin abreviaturas)

2. PROCEDIMIENTO A REALIZAR

TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE

3. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN Y/O PROCEDIMIENTO, CARACTERÍSTICAS Y POTENCIALES RIESGOS

- 1) OBJETIVO:** Aplicar un tratamiento eficaz, para casos en extremo severos o como esquema de rescate en situaciones donde han fracasado las demás intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas También de mantención
- 2) CARACTERÍSTICAS:** La terapia electroconvulsivante (TEC) es un tratamiento físico, que consiste en inducir una convulsión tónico clónica generalizada (parecido a una crisis epiléptica con convulsiones) de forma controlada, mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo. Se realiza bajo anestesia y se administra un relajante muscular, por lo cual se produce la reacción dentro del cerebro, pero no se producen las convulsiones en el cuerpo.
- 3) INDICACIONES:** Depresión severa o resistente, manía psicótica, esquizofrenia resistente, psicosis refractaria, en algunos casos de psicosis en mujeres que estén embarazadas, personas con psicosis que hayan presentado una reacción adversa a medicamentos llamada Síndrome Neuroléptico Maligno
- 4) POTENCIALES RIESGOS, COMPLICACIONES Y/O MOLESTIAS:** Los riesgos de complicaciones son muy bajos (complicaciones cardiacas), dado que el procedimiento se efectúa bajo anestesia en pabellón y de acuerdo a norma Técnica de Terapia Electroconvulsivante Modificada. Entre los riesgos, aunque infrecuentes, se encuentran: neumonía por aspiración, reacciones adversas a los fármacos, accidente y/o fracturas en las piezas dentales y alteración del ritmo cardiaco. Entre las Complicaciones o molestias que no significan riesgo se encuentran: la cefalea (dolor de cabeza), somnolencia y mialgias. Podrían producirse alteraciones en la memoria reciente, que habitualmente pueden durar hasta 6 meses de terminadas las sesiones. Existe riesgo de muerte asociado a la anestesia general.

4. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Declaro conocer y comprender satisfactoriamente los propósitos de éste procedimiento y/o intervención y sus riesgos. Se me ha permitido hacer todas las observaciones y preguntas aclaratorias.
 Por ello manifiesto en este acto estar satisfecho (a) con la información recibida y otorgo mi consentimiento libre e informado para someterme o no al procedimiento de terapia electroconvulsivante.

Marque con una cruz su decisión:

En tales condiciones **SI**_____ acepto **NO**_____ acepto

Se me ha informado que, en cualquier momento, puedo revocar este consentimiento, siendo informado de las posibles consecuencias para mi estado de salud y que no perderé los beneficios a que tengo derecho, haciéndome responsable de esa decisión.

Nombre y Apellido del Paciente: _____ Firma y Rut: _____

Fecha: _____

(Si corresponde)

Nombre y Apellido del Representante Legal o Apoderado: _____

Fecha _____

Firma y Rut: _____

5. IDENTIFICACIÓN Y FIRMA DE PROFESIONAL RESPONSABLE DE EFECTUAR INDICACIÓN Y EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

Nombre, Apellido y timbre: _____ Firma: _____

Médico que Indica

Nombre, Apellido y timbre: _____ Firma: _____

Médico que ejecuta Terapia Electroconvulsivante

SOLICITUD DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

NOMBRE: N° FICHA:

RUT: FECHA: SECTOR:

EDAD: AÑOS

DIAGNOSTICO:

1.
2.
3.

ANTECEDENTES MORBIDOS:

DM CV HTA PULM
RENAL EPIL PROTESIS OTROS

ALCOHOL: SI - NO

ALERGIAS: SI - NO CUAL:

DROGAS: SI - NO

TABACO: SI - NO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL (DOSIS)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXAMENES SOLICITADOS	SI	NO
GLICEMIA		
PERFIL BIOQUIMICO		
TSH		
HEMOGRAMA		
ORINA COMPLETA		
E.E.G.		
E.C.G.(Mayor de 40 años y/o con patología cardiaca)		
T.A.C (Si lo amerita)		

N° DE SESIONES SOLICITADAS: (.....)

NOMBRE y/o TIMBRE + FIRMA: MEDICO TTE.