



ANEXO II¹

Nº DE PROTOCOLO.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON TYSABRI (NATALIZUMAB)

EL PACIENTE QUE FIGURA EN EL PRESENTE DOCUMENTO:

NOMBRE Y APELLIDOS.....

D.N.I..... Nº AFILIACION S.S. EDAD

O SU REPRESENTANTE LEGAL (En caso de incapacidad)

D./Dª NOMBRE Y APELLIDOS

D.N.I..... Indicar relación (padre, madre, tutor legal)

DECLARA QUE HA SIDO INFORMADO POR EL MEDICO

NOMBRE Y APELLIDOS..... Nº COLEGIADO

D.N.I..... ESPECIALISTA EN.....

PUESTO DE TRABAJO..... HOSPITAL.....

DEL DIAGNOSTICO

Y DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Tratamiento farmacológico con Tysabri (Natalizumab), con la siguiente:

POSOLOGIA Y DURACION DEL TRATAMIENTO

ESPECIALIDAD FARMACEUTICA.....

POSOLOGIA (indicar: vía dosis y frecuencia semanal).....

DURACION PREVISTA DEL TRATAMIENTO..... AÑOS

Y DE LA: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO.

El tratamiento con Tysabri, está indicado para el tratamiento de pacientes con esclerosis múltiple remitente recidivante, para evitar recidivas y retrasar la evolución de la discapacidad. Por razones de seguridad está limitado a los pacientes que no han respondido a otros tratamientos inmunomoduladores, así como a los pacientes con evolución rápida de la enfermedad.

ASI COMO DE LOS RIESGOS Y MOLESTIAS SIGUIENTES:

DESCRIPCION DE EVENTUALES RIESGOS, INCONVENIENTES Y CONSECUENCIAS (Véase prospecto)

Actualmente no hay experiencia clínica en la seguridad y eficacia del tratamiento de esclerosis múltiple con Natalizumab a largo plazo.

El uso de Tysabri se ha asociado a un incremento del riesgo de LMP (leucoencefalopatía multifocal progresiva) y el riesgo de otras infecciones graves oportunistas. Los pacientes con antecedentes de tratamientos inmunosupresores, pueden experimentar inmunosupresión prolongada con aumento del riesgo de LMP.

La efectividad del tratamiento puede disminuir por la formación de anticuerpos contra el Natalizumab.

El tratamiento está contraindicado si se padece cáncer (excepto en carcinoma basocelular) y en el embarazo, y las mujeres fértiles deben tomar medidas contraceptivas adecuadas.

¹ Este folio deberá ser firmado al margen por el paciente o su representante y por el médico.



El tratamiento debe ser interrumpido si el paciente desarrolla esclerosis múltiple secundaria progresiva.

Es obligatorio entregar una tarjeta de alerta al paciente. El paciente debe informar al médico lo antes posible si contrae alguna infección durante el tratamiento.

RECOMENDACIONES ADICIONALES:

Tras recibir esta información, el paciente, o su representante legal cuando corresponda, **DECLARA**

- Haber recibido la información del médico acerca de los riesgos personalizados del tratamiento y alternativas al mismo y haber leído el prospecto de la especialidad farmacéutica
- Estar satisfecho con la información recibida y haber obtenido aclaración del facultativo sobre las dudas planteadas.
- Prestar su consentimiento para someterse al tratamiento con Tysabri, y de inclusión de sus datos de filiación y diagnóstico en el fichero de pacientes de Esclerosis Múltiple con tratamiento farmacológico (Regulado por Orden de 09/04/1997 (B.O.E. de 23 de abril de 1997) y Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).
- Conocer la posibilidad de revocar el consentimiento dado, en cualquier momento, sin expresión de causa.

RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE:

En aplicación del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que sus datos personales serán incorporados y tratados en el fichero automatizado del censo de pacientes remitidos al Comité Asesor del tratamiento farmacológico de la Esclerosis Múltiple, gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con fines exclusivamente de evaluación de estos tratamientos por el Comité Asesor.

Del mismo modo, le comunicamos que amparado en los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas aprobados por Ley Orgánica, sus datos podrán ser comunicados a los Servicios Autonómicos de Salud con la finalidad de evaluación de estos tratamientos, si ésta evaluación fuera asumida por la Administración Autonómica de su lugar de residencia.

En cualquier caso, podrá ejercitar sus derechos de acceso, cancelación y rectificación en los términos descritos en la L.O.P.D. 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiendo una petición escrita al Responsable de Seguridad o al Comité Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo, Paseo del Prado, 18-20 de Madrid.

En....., a de 2.00..

EL PACIENTE	EN CASO DE INCAPACIDAD, SU REPRESENTANTE LEGAL,	EL MEDICO
-------------	--	-----------

Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:
-------	-------	-------

REVOCAION DEL CONSENTIMIENTO

El paciente abajo firmante, revoca el consentimiento otorgado al médico Dr. D.
..... N° Colegiado..... para el tratamiento con Avonex.

En....., a de 2.00..

EL PACIENTE	O REPRESENTANTE LEGAL,	EL MEDICO
-------------	------------------------	-----------

Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:
-------	-------	-------



CRITERIOS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.-

El documento en el que conste el consentimiento informado deberá contener los apartados especificados a continuación.

Cada uno de dichos apartados se enunciará de forma breve y en lenguaje comprensible, procurando que, cuando sea el caso, los conceptos médicos puedan entenderse por la generalidad de los usuarios.

El contenido del documento será el siguiente:

- Nombre y apellidos del paciente y del médico que informa sobre el procedimiento.
- Diagnóstico.
- Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación de en qué consiste y como se va a llevar a cabo.
- Descripción de eventuales riesgos e inconvenientes.
Se entiende por tales aquellos cuya realización deba racional o normalmente esperarse, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluye también aquellos que, siendo infrecuentes, pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves.
- Descripción de las consecuencias seguras del tratamiento, que deban considerarse relevantes o de importancia.
- Recomendaciones adicionales: se incluirán los riesgos que puedan estar relacionados con las circunstancias personales de los pacientes y hacen referencia al previo estado de salud, a la edad, a la profesión, a la religión o a cualquier otra circunstancia de análoga naturaleza; así mismo, y a criterio del facultativo, puede incluirse la información que haga referencia a otras molestias probables del tratamiento.
- Declaración del paciente de haber recibido la información acerca de sus riesgos personalizados, alternativas a la intervención y posibilidad de revocar, en cualquier momento, el consentimiento dado, sin expresión de causa.
- Manifestación del paciente acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido aclaración sobre las dudas planteadas, así como que presta su consentimiento para someterse al tratamiento.
- Fecha y firmas del médico y del paciente.
- Apartado para la revocación del consentimiento, que deberá figurar en el propio documento.

No serán admisibles, ni surtirán efecto, las cláusulas de exoneración de responsabilidad que figuren en el documento de consentimiento informado. El paciente, o quien corresponda, recibirá el documento con la antelación suficiente y con carácter previo al inicio del tratamiento.

No se considerarán válidos los documentos genéricos ni aquellos que no se acomoden al presente formulario. El consentimiento escrito, prestado para el tratamiento con Interferón Beta-1a, no será válido para otro medicamento.

El destinatario de la información es el paciente y, por lo tanto, es el que otorga y firma el consentimiento, salvo las excepciones establecidas en el art. 10.6 de la Ley General de Sanidad. Cuando el paciente no quiera recibir la información, esta se transmitirá a los familiares. Si el paciente prohibiera la transmisión de la información a los familiares o allegados, se hará constar así en un documento que firmará el médico con dos testigos, sin perjuicio de obtener el consentimiento del paciente.

Cuando a juicio facultativo el paciente, aún siendo mayor de edad, no tenga capacidad de discernimiento para decidir acerca de una intervención, se requerirá el consentimiento informado de los parientes o allegados mas próximos. El consentimiento informado deberá ser firmado por los menores cuando, a juicio del facultativo, reúnan las condiciones de madurez suficientes para otorgarlo, de conformidad con lo previsto en el art. 162.1º del Código Civil.

El documento de consentimiento informado se extenderá por triplicado, quedando un ejemplar en el Centro Hospitalario, que se incorporará a la historia clínica, otro a disposición del paciente y un tercero para su envío al Comité Asesor.

= O = O = O = O = O =