

Nº DE PROTOCOLO.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO EN NIÑOS CON  
IGF-1 RECOMBINANTE (MECASERMINA)**

**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 IGF-1 recombinante (mecasermina), con la siguiente:

**POSOLOGIA Y DURACION DEL TRATAMIENTO**

ESPECIALIDAD FARMACEUTICA.....

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

DURACION PREVISTA DEL TRATAMIENTO..... AÑOS

**Y DE LA: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO.**

Es previsible el aumento de la talla final en la indicación aceptada. Existe la posibilidad de no respuesta al tratamiento.

**ASI COMO DE LOS RIESGOS Y MOLESTIAS SIGUIENTES: DESCRIPCION DE EVENTUALES RIESGOS, INCONVENIENTES Y CONSECUENCIAS** (Véase prospecto)

Puede aparecer dermorreacción transitoria en el lugar de la inyección.

El tratamiento con IGF-1 está contraindicado en cualquier enfermedad oncológica (tumor o cáncer) activa o ante la sospecha de la misma formulada por un médico.

El tratamiento con IGF-1 produce en algunos pacientes (15 % aproximadamente) aumento del tamaño de las amígdalas y adenoides, que pueden ser responsables de obstrucción respiratoria (apnea del sueño en parte de ellos), hipoacusia y otitis.

El 40 % aproximadamente de los pacientes, cuando se administra IGF-1, tiene hipoglucemia que suele ser leve o moderada; pero que puede ser grave en pacientes en tratamiento con insulina, en niños de escasa edad, especialmente si ya habían manifestado hipoglucemias y si el tratamiento no se administra en relación inmediata con una toma de alimento o se hace ejercicio físico intenso en las 2-3 horas siguientes.

Un número reducido de casos (4 % aproximadamente) puede tener hipertensión craneal, que se manifiesta por dolor de cabeza, visión borrosa, estado nauseoso o vómitos sin otra causa. En caso de sufrir esta sintomatología debe consultar a su médico, siendo recomendable la práctica de un examen de Fondo de Ojo.



Algún paciente puede tener epifisiolisis femoral, que se detecta por dolor y cojera.

Los pacientes con cifoescoliosis pueden ver agravado este problema al recibir tratamiento con IGF-1, en relación al crecimiento intenso que produce.

Se ha apreciado cardiomegalia y valvulopatía en algún caso aislado. La aparición de un soplo cardíaco durante el tratamiento con IGF-1 requiere la consulta a un cardiólogo. En caso de cardiopatía previa, debe hacerse un seguimiento cardiológico de la tolerancia cardíaca.

El tratamiento con IGF-1 produce, en algunos pacientes, engrosamiento de los tejidos blandos faciales.

**DESCRIPCION DE RIESGOS PERSONALIZADOS Y MOLESTIAS PROBABLES** (Información del médico respecto a las circunstancias particulares del paciente)

**Declaración del paciente:**

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 IGF-1 recombinante, y de inclusión de sus datos de filiación y diagnóstico en el fichero de pacientes en tratamiento con Hormona de Crecimiento y sustancias relacionadas (regulado por Orden de 21/06/1994 (B.O.E. 23/04/1997) y Ley Orgánica 5/99 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 de la Hormona de Crecimiento y sustancias relacionadas, 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 .....

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 Hormona de Crecimiento.

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

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 Hormona de Crecimiento, 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 más 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 ejemplar, quedando uno de ellos 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 =