

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

El tratamiento con Dupilumab pretende mejorar la calidad de vida, reducir los requerimientos de corticoides y prevenir el desarrollo de exacerbaciones del asma, rinosinusitis crónica y dermatitis atópica.

Características

El Dupilumab (DUPIXENT®) es un anticuerpo monoclonal anti IL-4 e IL-13 humanizado que constituye una forma novedosa de tratar algunas enfermedades alérgicas. Está indicado para pacientes (adultos y niños de más de 12 años) con asma bronquial grave y persistente y rinosinusitis crónica con pólipos, en los que se haya constatado escasa respuesta a tratamientos convencionales (broncodilatadores, corticoides inhalados, etc.). Para pacientes mayores de 6 años Dupilumab también se ha utilizado con éxito para el tratamiento de la dermatitis atópica.

Antes de iniciar el tratamiento se le practicará una evaluación completa.

Se administra en forma de inyección subcutánea a una dosis que oscila entre 200 y 600 mg cada dos o cuatro semanas, dependiendo de la patología a tratar, el peso y severidad de los síntomas.

Su médico determinará la duración de su tratamiento en base a su condición y qué tan bien responda al medicamento.

Riesgos

Durante la administración o después de ella se pueden presentar reacciones adversas como reacción local en el punto de inyección. Efectos adversos de baja frecuencia son conjuntivitis, queratitis, reactivación de herpes simple, reacción anafiláctica, síncope y angioedema. El paciente debe ponerse en contacto con su inmunólogo o un servicio médico en caso de presentar algún efecto secundario grave o signo de infección (fiebre, malestar general, etc.), en caso de dudas o efecto no esperado.

Si es usted una mujer en edad de tener niños y cree que podría estar embarazada, consulte a su médico antes de utilizar este medicamento. Su médico comentará con usted los beneficios y riesgos potenciales del uso de este medicamento durante el embarazo. Si usted está en periodo de lactancia, consulte a su médico antes de usar este medicamento.

Declaro que he sido informado adecuadamente sobre el tratamiento con Dupilumab. Estoy conforme con la información recibida, he formulado las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas. Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Doy mi **CONSENTIMIENTO** para recibir tratamiento con Dupilumab (DUPIXENT®)

Firma del Médico

Firma del Paciente

Firma del Representante Legal