CLÍNICA Ciudad del Mar

Consentimiento Informado USO DE CARBOXIMALTOSA DE HIERRO (FERINJECT)

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

La carboximaltosa de hierro (FERINJECT) se usa para tratar la anemia por déficit de hierro (poca cantidad de glóbulos rojos por bajas concentraciones de hierro en el cuerpo), y también, en adultos que no toleran o que no pueden ser tratados de manera satisfactoria con suplemento de hierro por vía oral. La administración de este medicamento ayudará a reabastecer el hierro de manera que el cuerpo pueda producir mayor cantidad de células sanguíneas rojas.

Características

El Ferinject es una solución líquida de color marrón oscuro que se administra por vía intravenosa. El paciente al estar siendo tratado con este medicamento, debe de ser monitorizado o controlado.

Riesgos

Frecuentes: Dolor de cabeza, mareos, hipertensión, náuseas, hipofosfatemia, aumento de alanina aminotransferasa.

Poco frecuentes: Hipersensibilidad, parestesia, disgeusia, hipotensión, eritema, disnea, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, prurito, urticaria, erupción cutánea, mialgia, artralgia, espasmos musculares, edema periférico, dolor, calosfríos.

Declaro que he sido informado adecuadamente sobre el tratamiento con **FERINJECT.** 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. Este consentimiento aplica para el tratamiento indicado en la orden médica. Si existe alguna modificación de este por indicación médica, deberé firmar un nuevo consentimiento.

Doy mi **CONSENTIMIENTO** para recibir tratamiento con **FERINJECT.**

_____	_____	_____
Firma del Médico	Firma del Paciente	Firma del Representante Legal