

Consentimiento para el tratamiento con Spravato (esketamina) y acuerdo de no conducir

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Finalidad del Tratamiento:

Estoy recibiendo tratamiento con Spravato (esketamina) como parte de mi plan de salud conductual. Spravato es un espray nasal que se usa para tratar la depresión en ciertos pacientes, junto con un antidepresivo oral.

Cómo funciona el tratamiento:

- Spravato se administra bajo la supervisión de personal médico capacitado en la clínica.
- Reconozco y acepto que debo permanecer en la clínica durante al menos 2 horas después de cada dosis para su seguimiento.
- Reconozco y entiendo que el medicamento puede causar efectos secundarios temporales como somnolencia, mareos, sensación de “desconexión” o cambios en la presión arterial.

Beneficios (los resultados pueden variar):

- Los beneficios potenciales de Spravato (esketamina) incluyen una mejora en el estado de ánimo y los síntomas de depresión.
- Spravato (esketamina) puede ayudar cuando otros tratamientos no han funcionado.

Riesgos y posibles efectos secundarios de Spravato (esketamina):

- Somnolencia, mareos o sensación de desmayo
- Náuseas o vómitos
- Sentirse desconectado del entorno o de los pensamientos.
- Dolor de cabeza, ansiedad o cambios de humor.
- Aumento de la presión arterial (temporal)
- Alteración en la conducción o el manejo de maquinaria durante el resto del día.
- Reconozco y comprendo que, según datos obtenidos en animales, Spravato (esketamina) puede causar daño fetal.
Las mujeres en edad fértil deben considerar la planificación y prevención del embarazo mientras reciben Spravato (esketamina). Si soy una mujer en edad fértil, doy mi consentimiento para que me hagan una prueba de embarazo en orina en el punto de atención, tiempo de tratamiento.
- Si experimento una reacción grave o una emergencia médica, entiendo que debo llamar al 911 o acudir al Urgencias más cercana. Para casos que no sean de emergencia, contactaré con Sage Elevate al 813-683-5963.

Acuerdo de seguridad sin conducir:

No conduciré, operaré maquinaria ni realizaré actividades peligrosas hasta al menos 24 horas después de la administración o después de haber dormido bien toda la noche. Haré arreglos para que me transporten a casa de forma segura después de cada sesión (por ejemplo, a través de un familiar, un amigo o un servicio de transporte compartido). Mi clínica no se responsabiliza de ningún daño si no sigo estas instrucciones, incluyendo el incumplimiento de las leyes de conducción bajo los efectos del alcohol.

Reconocimiento y consentimiento:

He leído y comprendido esta información. Mi proveedor me ha explicado el propósito, los beneficios, los riesgos y las alternativas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las he respondido satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento con Spravato (esketamina) y acepto cumplir con los requisitos de no conducir.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del proveedor: _____

Firma del testigo: _____