



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE DROGAS POTENCIALMENTE TERATOGENICAS- Dirigido a pacientes

Nombre y apellido de la paciente.....HC.....

Edad.....

Me han informado que droga o medicación “**teratogénica**” es aquella que utilizada durante el embarazo puede producir una alteración funcional, bioquímica o morfológica en el embrión que se manifiesta con una malformación congénita. La misma puede detectarse durante la gestación, nacimiento o posteriormente.

Me han informado que voy a recibir que es una medicación que puede producir teratogénesis, por lo cual su uso está contraindicado durante el embarazo

Para evitar quedar embarazada durante el tiempo que dure el tratamiento y en ocasiones algunos meses /años pasado este período, **seré informada en el consultorio CASE (consultorio de anticoncepción en situaciones especiales) o en el consultorio de Ginecología o Adolescencia.** Allí me recomendarán que tipo de anticoncepción puedo usar, teniendo en cuenta mi condición, enfermedad, patología y/o la medicación que recibo y también me van a explicar ventajas y desventajas de cada uno de los métodos y cuales están disponibles en el hospital.

Me han informado que si suspendo por mi cuenta los métodos anticonceptivos o ante cualquier situación con riesgo de embarazo debo informar a los médicos tratantes dentro de las 48 hs. para que se puedan tomar las medidas necesarias para prevenir el embarazo.

Me han permitido leer el texto del Consentimiento Informado todas las veces que me fue necesario y han respondido satisfactoriamente a todas las preguntas que realicé.

Asimismo, me han explicado que brindarán información a mis padres, quienes firmaran otro consentimiento informado en forma independiente a este.

Nombre y Apellido del médico informante..... M.N.....

Firma Paciente:.....

FECHA: / /