



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS EN VIAJE A ZONAS CON RIESGO

En la ciudad de, a losdías del mes de.....de 20....., en la dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de Santa Fe, manifiesto en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado por el Dr./Dra.en cuanto a los beneficios, riesgos y alternativas de la vacunación contra la fiebre amarilla.

He comprendido el sentido de la indicación de recibir la vacuna contra la fiebre amarilla ya que la misma constituye la mejor herramienta preventiva para evitar contraer la enfermedad, y que existe riesgo de adquirirla en la zona de.....donde viajaré el próximo día.....

También se me ha informado que en las personas mayores de 60 años que reciben la vacuna contra la fiebre amarilla se presenta un riesgo mayor de aparición de efectos adversos graves denominados Enfermedad Viscerotrópica y Enfermedad Neurotrópica post vacunales. He comprendido que estas enfermedades post vacunales se pueden manifestar con aparición de fiebre, dolores musculares intensos, dolor de cabeza y manifestaciones digestivas, tales como diarrea, vómitos de diferente intensidad y afectación al hígado, riñón, como así también aparición de hemorragias, y en la forma neurológica con cuadros de encefalitis. También se me informó que dichos eventos pueden ser fatales hasta en el 60% de las personas afectadas.

Además, se me informó que la probabilidad de padecer los eventos adversos aumenta a medida que pasan los años; he comprendido que entre los 60 y 70 años por cada 100.000 vacunas administradas, se presenta el evento en 1 a 1,1 de las personas; mientras que en personas mayores de 70 años la probabilidad aumenta a 2,3 a 3,2 casos por 100.000 dosis administradas.

De todos modos he comprendido que en caso de rechazar o no aceptar la vacuna el riesgo de contraer la enfermedad de fiebre amarilla y la consecuente enfermedad viscerotrópica aumenta considerablemente en el destino de mi viaje.

Manifiesto que he leído el presente, que he formulado todas las inquietudes en relación a la vacunación, que las mismas han sido adecuadamente respondidas, y que luego de valorar los riesgos de la vacunación frente al riesgo de contraer la fiebre amarilla en el lugar de destino de viaje, consiento expresamente recibir la dosis necesaria de vacunación contra la fiebre amarilla.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

DNI:.....