



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Dirección de promoción y prevención - subdirección de enfermedades transmisibles - programa ampliado de inmunizaciones PAI

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN POBLACIÓN DE 60 A 69 AÑOS EN EL CORREDOR ENDEMIKO DEL TOLIMA

MUNICIPIO _____ VEREDA/CORREGIMIENTO _____ FECHA _____
DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES _____ APELLIDOS _____
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC _____ CE _____ OTRO _____ NUMERO _____
NOMBRE DE LA EAPIS RESPONSABLE _____
FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ MES _____ AÑO _____ EDAD _____ AÑOS

INFORMACIÓN PREVIA. En la actualidad el país dispone de la vacuna contra la fiebre amarilla para la población de 1 a 59 años. Por la situación de brote por fiebre amarilla en el departamento del Tolima se autoriza su aplicación en personas de 60 a 69 años que no hayan recibido la vacuna, previa evaluación de condiciones de salud, revisión de antecedentes médicos e información de los riesgos y beneficios que es importante que usted conozca.

DATOS IMPORTANTES SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA FIEBRE AMARILLA Y LA VACUNA (portar, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

¿COMO SE APLICA?	Administración vía subcutánea en el brazo (tercio medio del músculo deltoides)
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Dosis _____
BENEFICIOS	Previene la enfermedad de la fiebre amarilla causada por el virus de fiebre amarilla. Reduce la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. La fiebre amarilla es una enfermedad viral, infecciosa, de alta letalidad (50%) que no tiene una cura específica, cuya gravedad puede variar entre una infección leve hasta una enfermedad grave icterica hemorrágica; que puede comprometer diferentes órganos y llevar al paciente a la muerte en periodos cortos de tiempo. Actualmente el departamento del Tolima se encuentra en situación de emergencia por brote de fiebre amarilla con 12 casos confirmados al 30 de noviembre de 2024, de los cuales 5 han fallecido. Se han identificado 54 veredas con mayor riesgo de exposición rural al vector (mosquito) que transmite esta enfermedad, ubicadas en los municipios de Cunday, Dolores, Prado, Purificación y Villavieja. La vacuna contra la fiebre amarilla genera protección de por vida con una única dosis a partir del décimo día de su aplicación.
RIESGOS	Al igual que todos los medicamentos, esta vacuna puede producir efectos secundarios, aunque no se presentan en todas las personas, los cuales se relacionan a continuación: LEVES Se puede presentar posterior a la aplicación de la vacuna enrojecimiento, inflamación y dolor en el sitio de la aplicación, fiebre y fatiga, así como, dolor de cabeza, cansancio e debilidad, dolor muscular, malestar general y escalofríos entre los 3 y 7 días posteriores a la vacunación y generalmente no duran más de 3 días. GRAVES Son de muy baja frecuencia, pero se pueden presentar en personas mayores a 60 años y pueden llegar a ser mortales. Reacciones alérgicas de corto a 1 hora post vacunación en menos de 1 caso por cada 8 millones de dosis aplicadas. (Erupción cutánea, picor o urticaria, hinchazón de la cara, labios, lengua u otras partes del cuerpo. Dificultad al tragar o respirar, pérdida de la consciencia entre reacciones entre 3-15 días y hasta 60 días después de la vacunación y algunas veces han sido mortales). Reacciones que afectan al cerebro y los nervios: Fiebre alta con dolor de cabeza y confusión. Cansancio extremo. Rigidez de cuello inflamación del cerebro y tejido nervioso crisis de movimientos incontrolados. Pérdida de movimiento o pérdida de sensaciones que afecte algunas partes del cuerpo o el cuerpo entero (síndrome de Guillain-Barre o déficit neurológico focal). Estudios muestran que se han presentado aproximadamente en 8 personas por cada millón de vacunados. Reacciones que afectan los órganos vitales: Puede parecerse a una infección por el virus de la fiebre amarilla, comienza generalmente con una sensación de cansancio, fiebre, dolores de cabeza, dolores musculares y algunas veces con presión baja. Se pueden presentar trastornos musculares y hepáticos graves, disminución en el número de algunas tipos de células sanguíneas que resultan en moretones o hemorragias y un riesgo aumentado de infecciones y deterioro de las funciones normales de los riñones o pulmones. Estudios muestran que se ha presentado aproximadamente en 4 personas por cada millón de vacunados. En caso de presentar UNO SOLO de estos síntomas acudir al médico inmediatamente.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la FIEBRE AMARILLA. Medidas adicionales de protección para evitar las picaduras de los mosquitos, tales como repelentes, uso de ropas manga y pantalón largos, toldillos, arjos, entre otros.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a los entes que participaron en la aplicación de la vacuna contra la FIEBRE AMARILLA de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido ACEPTAR: _____ que se me aplique la vacuna. NO ACEPTAR: _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal.

Nombres: _____

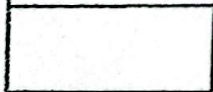
Apellidos: _____

Tipo de identificación: CC _____ CE _____ OTRO _____ Numero _____

Firma _____

En caso de requerirse firma e ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma _____, identificado(s) con CC _____ CE _____ OTRO _____
Numero _____ de _____
con CC _____ CE _____ OTRO _____ Numero _____ de _____



Huella dactilar o plantar del rogante
CC: _____

Firma del rogado
CC: _____

Nombres y Apellidos del vacunador _____

Firma _____

Tipo de identificación: CC _____ CE _____ OTRO _____ Numero _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS) _____

DEPARTAMENTO/DISTRITO _____ MUNICIPIO: _____

VEREDA _____