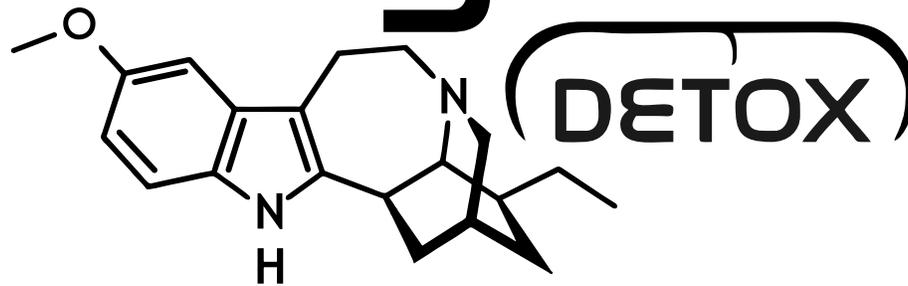


Iboga



TRATAMIENTO CON IBOGAINA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PACIENTES

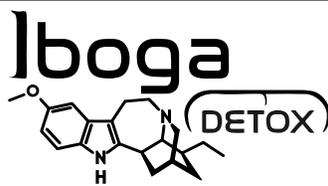
REVISIÓN DE LA DECLARACIÓN DE ESTAR INFORMADO:

Se me pidió que lea el siguiente material para asegurarme que he sido informado de la naturaleza de este tratamiento y que estaré participando si estoy de acuerdo con el mismo.

Este formulario es previo a la participación en el tratamiento y es necesario para que yo me informe acerca de los riesgos que implica participar del mismo y que decida si quiero o no formar parte, en forma libre y manteniéndome informado.

Mi firma en este formulario indica que el personal tratante me ha informado acerca del tratamiento, que he comprendido y aceptado los términos de mi participación y los posibles riesgos a mi persona y que voy a hacerlo con mi consentimiento.

La Iboína es una sustancia de origen natural que se encuentra en la corteza de la raíz del arbusto Tabernante Iboga, que crece en África Occidental y Central. Se descubrió que posee propiedades anti adictivas. La Iboína es una sustancia que induce al sueño, también tiene efectos en neuroquímicos y en el sistema neurotransmisor del cerebro, sectores involucrados con la reducción de los síntomas de la abstinencia del consumo de drogas, la depresión y el deseo de consumo post tratamiento.



CRITERIO DE SELECCIÓN DE PACIENTES

Soy mayor de 18 años de edad y voy a participar de este tratamiento en forma voluntaria. Por el presente declaro que no tengo un antecedente de psicosis.

Para evaluar mi selección, me realizarán un ECG y un análisis de sangre completo, así como cualquier otro estudio adicional que me sugieran.

Entiendo que el resultado de este tratamiento varía según cada paciente y que los efectos de la Ibogaína como la depresión, adicción o ansiedad pueden diferir entre pacientes a los que se les ha administrado la misma dosis. Los efectos de la Ibogaína también dependen en el tipo de sustancias que consumo.

Me han informado y he comprendido completamente que la Ibogaína es una sustancia experimental.

CRONOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

Al llegar al lugar donde se realizará el tratamiento, se me llevara a cabo una evaluación. La misma incluirá una entrevista para conocer mi historia clínica y un examen físico.

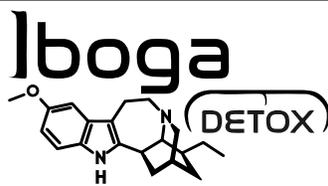
Los resultados de esta evaluación serán discutidos conmigo. Si soy un sujeto apropiado para el tratamiento, recibiré una dosis de Ibogaina suministrada por un facilitador.

Una pequeña dosis de Ibogaina se me suministrará vía oral, y luego de treinta minutos de observación, si no se presentan reacciones adversas y si mi cuerpo tolera la sustancia, la dosis completa se administrará de la misma forma.

La Ibogaína puede inducir a experiencias visuales, si bien ocurre en el 75% de los casos. Entiendo que si yo no sufra experiencias visuales psicodélicas, la Ibogaína tendrá efecto de reducir la abstinencia en mi cerebro.

Centro de Terapias Alternativas

 **+595 971 250276**



ACUERDO DE LOS TERMINOS DE PARTICIPACIÓN:

Estoy participando en el tratamiento de forma libre y voluntaria. Entiendo que tendré que acercarme a la clínica si dispongo de los medios necesarios o de otro modo planificar el modo de traslado con quien corresponda. Entiendo que los costos de transporte, comidas y estadías queda a cargo mio o de mis familiares.

El costo del tratamientp dependera del tipo de servicio solicitado.

Abonaré en efectivo o via transferencia bancaria.

El 50% se abonará con anticipación para reservar un lugar y el resto antes del tratamiento.

Doy fe de que estaré con 8 horas de ayuno antes de que me realicen el tratamiento en el día planificado y que solo podré consumir líquidos claros como agua o jugo de frutas, y comer muy poco durante el resto del día.

Doy fe de que no consumiré sustancias ilícitas 48 horas antes de mi llegada. No llevaré ninguna sustancia ilícita conmigo. Entiendo que tanto yo como mis pertenencias serán inspeccionados al llegar por el facilitador y debo estar de acuerdo con estas inspecciones.

Me han informado que el consumo de la Ibogaína en conjunto con otras sustancias psicotrópicas (incluyendo opiáceos, cocaína, metanfetamina y alcohol) es peligroso y puede provocar la muerte, es por eso que estoy de acuerdo en no consumir ningún tipo de medicación o sustancia antes o durante el tratamiento.

Comunicaré al facilitador todas mis condiciones médicas y las medicaciones que estoy tomando, así como también haré todas las preguntas necesarias sobre el tratamiento.



La duración de mi tratamiento lo determinará el facilitador. Y dependerá del tipo de sustancia de la que me estoy desintoxicando, lo mismo sucede con el tiempo personal de recuperación.

RIESGOS POSIBLES QUE SURGEN POR LA PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO

Los riesgos que puedan surgir de este tratamiento son aquellos que se produzcan por la toma de la Ibogaína, debido a que es una droga experimental. No se ha observado ningún efecto secundario de largo plazo en la dosis que recibiré. Sin embargo, no ha habido estudios sobre los efectos de largo plazo de la Ibogaína.

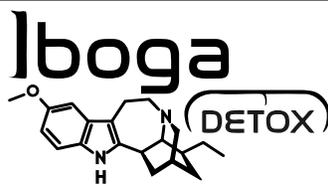
Entiendo que las dosis que se utilizan para tratar la adicción a opiáceos, estimulantes o alcohol, puede provocar sensaciones de distorsión corporal, de pensamiento y de percepción. La dosis administrada para este tratamiento dependerá en el peso de mi cuerpo y en las sustancias que haya consumido.

Los efectos de la ingesta de Ibogaina pueden incluir percepciones sensoriales anormales, como la distorsión visual, alucinaciones, aumento en la sensibilidad de la luz y los sonidos, alucinaciones auditivas, y sensaciones corporales anormales.

La Ibogaína puede reactivar recuerdos del inconsciente, y estas imágenes se perciben indiferentemente. Algunos individuos que consumen Ibogaina dicen ver imágenes de su infancia.

Si bien estas experiencias las describen en forma positiva aquellos que las vivieron, algunas personas pueden sufrir terror y les puede producir ansiedad y confusión. Al firmar este formulario, por el presente doy fe





de mi entendimiento y aceptación de los riesgos de ansiedad y confusión que pueden ser causados temporalmente por el consumo de Ibogaina.

Las descripciones del estado psicodélico son más consistentes en los sueños que en forma de alucinación.

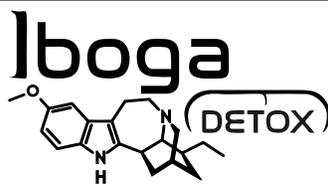
Los efectos de la Ibogaína mencionados anteriormente suelen aparecer entre 30 minutos y 2 horas después de la aplicación de la dosis y pueden durar hasta 8 horas.

Luego de finalizada la fase de alucinaciones/visualizaciones hay un periodo de evaluación intelectual que puede durar hasta 24 horas. Esta se la describe como analítica y reflexiva. La atención se centra en la experiencia interna de cada individuo más que en el ambiente externo, se evalúa la experiencia de la fase de alucinación / visualización.

EFFECTOS SECUNDARIOS QUE SURGEN DEL SUMINISTRO DE IBOGAINA

1. Náusea y vomito inducido por el movimiento
2. Ataxia
3. Distorsión visual
4. Falta de sueño durante los días post aplicación de la dosis
5. Inquietud (puede durar varias horas)
6. Impedimento de concentración y dificultades con la comunicación oral. (esto se experimenta en las primeras 6 horas)

Tengo entendido que todos estos efectos secundarios son transitorios y llegan aproximadamente 24- 36 horas, como así también la necesidad de dormir durante varios días.



Entiendo que todos estos efectos secundarios son transitorios y que se han reportado muertes debido a la ingesta de Ibogaina en conjunto con otras sustancias indebidas.

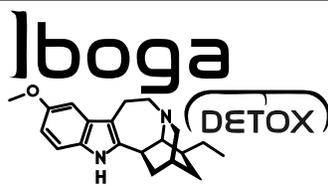
Entiendo que una vez que comience el tratamiento seré más sensible a los narcóticos, y que el consumo de estos últimos puede provocar sobredosis y por consecuencia, la muerte.

Entiendo que una vez que comience el tratamiento con Ibogaina, puedo morir, y doy fe de que mantendré libre de reclamos, responsabilidades y daños y perjuicios que puedan ocurrir o puedan llegar a ocurrir debido a la administración de Ibogaina a todo individuo, entidad o corporación o sus representantes, incluyendo a las personas involucradas en la referencia para mi tratamiento, así como también al facilitador, personal de la clínica y la clínica en sí.

No existen estudios importantes y controlados acerca de la Ibogaína. Si tengo reacciones adversas que provoquen que el facilitador involucrado en el tratamiento se preocupe por mi seguridad, o si tengo efectos de angustia de algún tipo durante mi tratamiento, el facilitador otorgara los servicios apropiados o me llevaran a la institución o profesional conveniente.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Se tomarán los recaudos necesarios para preservar la confidencialidad de toda la información obtenida en el tratamiento. Mi identidad no se revelará al menos que de un permiso por escrito que diga lo contrario. Mi firma en el presente documento no garantiza al personal o sus superiores o asistentes que revelen mi identidad a cualquier otra persona física o jurídica.



ACUERDO DE LIBERAR DE RESPONSABILIDAD AL PERSONAL

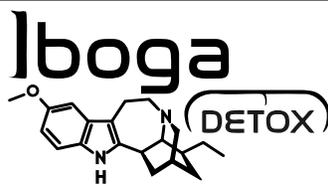
Tengo entendido que los efectos secundarios o daño puede ser causado por la participación en cualquier programa de tratamiento experimental a pesar del uso de altos estándares de atención y podría ocurrir durante este tratamiento sin culpa mía o el personal involucrado.

He conocido los efectos secundarios que han sido descritos en este formulario de consentimiento y en las orientaciones verbales que me han sido dadas por el facilitador.

Entiendo que al firmar el presente documento de consentimiento informado estoy aceptando renunciar a todos los derechos de indemnización, daños y perjuicios (punitivos y de otro tipo) u otras compensaciones que de lo contrario podrían ser debido a mí por efectos secundarios o daños resultantes de mi participación en este tratamiento.

Yo también renuncio a todo derecho a indemnización por los salarios o tiempo perdido como resultado, directo o indirecto, de mi participación en este tratamiento.

Especialmente convengo en mantener indemne, al equipo y sus empleados, respecto a todos los efectos secundarios negativos resultantes de mi participación en este tratamiento.



DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:

Antes de dar mi consentimiento al firmar este formulario, el procedimiento de tratamiento, los riesgos y efectos secundarios me han sido explicados a mí, en este documento.

He podido hacer todas las preguntas sobre el tratamiento y han contestado claramente y en detalle. Las respuestas las he entendido plenamente.

He leído y entendido la información contenida en este documento y estoy participando en este tratamiento libre y voluntariamente.

Firma del paciente / Fecha.

Aclaración y Número de Cédula.

DECLARACIÓN DEL FACILITADOR

Cuidadosamente he explicado el tema, la naturaleza del tratamiento a través de este formulario de consentimiento que entiende claramente las exigencias, ventajas y riesgos en su participación y su firma es legalmente válida.

Ningún problema médico, de lenguaje o déficit educativo ha impedido que el paciente pueda comprender plenamente la naturaleza, alcance, riesgos y funciones involucradas en la participación en este tratamiento.

Firma y sello / Fecha.

Centro de Terapias Alternativas

 **+595 971 250276**