

CONSENTIMIENTO INFORMADO

QUIMIOTERAPIA

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido _____ **DNI** _____

La quimioterapia consiste en administrar medicamentos endovenosos , orales u otras vías aletrnativas , anticancerosos, que tratan de controlar o curar su enfermedad. Es posible que también requiera otro tipo de tratamientos, como transfusiones de sangre y/o plaquetas, antibióticos y otros.

La/s droga/s propuesta/s para el tratamiento quimioterapico es/son:

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO

Con el tratamiento se espera reducir la probabilidad de recaída de la enfermedad o disminuir la progresión de ésta en caso de presentarla de forma activa en este momento. Su consecuencia es una mayor probabilidad de supervivencia y/o mejorar los síntomas de la enfermedad y/o su calidad de vida

INFORMACIÓN SOBRE COMPLICACIONES ,RIEGOS Y REACCIONES ADVERSAS:

La aparición de las mismas depende del tipo de droga administrada, de su dosis y de la cantidad acumulada, pero también de características propias y no previsibles de cada paciente individual.

La mayoría de las veces estos efectos indeseados son controlados con los cuidados oportunos y adecuados.

Se me ha advertido claramente que en caso de presentarse estos efectos adversos o síntomas similares, necesitan ser comunicados al médico en forma inmediata.

Algunas de esas reacciones se destacaron las siguientes:

- * Alteraciones sanguíneas, como disminución de los glóbulos rojos, glóbulos blancos y/o plaquetas
- * Disminución de las defensas, con mayor tendencia a infecciones, y que requiere precauciones especiales
- * Síntomas digestivos temporarios: náuseas ó vómitos, pérdida del apetito, diarrea
- * Decaimiento del estado general, con síntomas similares a un cuadro gripal
- * Caída del cabello, que en general vuelve a crecer algunos meses después de finalizar el tratamiento
- * Inflamación de la mucosa bucal
- * Esterilidad transitoria, y en algunos casos incapacidad permanente para quedar embarazada o concebir un hijo
- * Inflamación de la vejiga, en algunos casos con sangrado de la misma
- * Alteraciones poco frecuentes de la función cardíaca, renal, hepática o pulmonar, pero potencialmente graves
- * Reacciones en el sitio de aplicación o en la piel, de tipo alérgico

INFORMACIÓN ADICIONAL DE INTERÉS PARA EL/LA PACIENTE (TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS, BENEFICIOS, RIESGOS, ETC.) :

(PARA MUJERES EN EDAD FERTIL):

Se me han explicado los riesgos para la salud fetal que implican todas estas medicaciones, y que por lo tanto debo utilizar métodos seguros para evitar quedar embarazada durante todo el tratamiento y por varios meses luego de su finalización. Dejo constancia de que no estoy embarazada en el momento actual.

AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

1. Se que debo realizarme una serie de exámenes de sangre, radiografías, ecografías o tomografías, entre otros, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad.
2. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explicó acerca de los métodos diagnósticos y/o tratamientos alternativos si los hubiese.
3. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
4. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI NO
5. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO SI Cuál: _____
6. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
7. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).

8. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.

MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo _____, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno. *(Marque con una x)*

Doy mi consentimiento para el procedimiento

No acepto el procedimiento (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Hora: ____:____ hs.

REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Hora: ____:____ hs.

IMPORTANTE



Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.