

CONSENTIMIENTO INFORMADO

QUIMIOTERAPIA



DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

<i>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</i>	El tratamiento con quimioterapia antitumoral consiste en la administración de fármacos citotóxicos por vía oral, intravenosa, subcutánea, intramuscular o intratecal, en pacientes diagnosticados de una neoplasia.
<i>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</i>	El principal objetivo es frenar y reducir la enfermedad. En algunos casos el objetivo es la curación. En caso de no alcanzarse la curación, los objetivos del tratamiento son la reducción del tumor, la prolongación de la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente. Si el tratamiento se emplea como tratamiento coadyuvante, el objetivo es prevenir la manifestación futura de la enfermedad.
<i>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</i>	Otros tratamientos que luchan contra la enfermedad son; la cirugía, la radioterapia, la hormonoterapia, la inmunoterapia y los inhibidores de señales intracelulares.
<i>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</i>	Este tipo de fármacos actúa sobre las células tumorales, provocando los efectos beneficiosos, pero también sobre los órganos normales del paciente, produciendo los efectos tóxicos.
<i>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</i>	La no realización del tratamiento quimioterápico supone el crecimiento de las células que componen su enfermedad, las cuales pueden afectar a otros órganos y alterar su función.
<i>RIESGOS FRECUENTES</i>	TOXICIDAD ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA. A. Reacciones agudas (durante su administración o a las pocas horas de su administración). - Frecuentes: 1. Nauseas. 2. Vómitos. 3. Hipersensibilidad. 4. Fiebre. - Poco frecuentes pero potencialmente graves: 1. Reacciones anafilácticas, en ocasiones con riesgo vital. 2. Hipotensión. B. Reacciones precoces (entre días y semanas). Frecuentes: 1. Mielosupresión o disminución de células en sangre periférica. 2. Mucositis. 3. Estreñimiento o diarreas. 4. Caída del cabello. 5. Lesiones cutáneas. 6. Astenia o cansancio. 7. Falta de apetito sexual e impotencia. 8. Ausencia de menstruación generalmente pasajera. Poco frecuentes pero potencialmente graves: 1. Fiebre como consecuencia del descenso de leucocitos. 2. Anemia severa. 3. Trombopenia (descenso de plaquetas), que puede traducirse en signos de sangrado. C. Reacciones tardías (semanas a meses) o crónicas(de meses años después del tratamiento). Frecuentes: 1. Neurotoxicidad (puesta de manifiesto como parestesias u hormigueos en manos y pies). 2. Descenso de la fertilidad o esterilidad en algunos tratamientos. Poco frecuentes pero potencialmente graves: 1. Toxicidad sobre el riñón el corazón, el pulmón, el hígado o el sistema nervioso. 2. Esterilidad. 3. Menopausia precoz.

CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIMIOTERAPIA

*RIESGOS EN FUNCION DE LA
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE*

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

*ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)*

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **QUIMIOTERAPIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
.....

FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **QUIMIOTERAPIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
.....

FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
.....

PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO