



Consentimiento Informado
Quimioterapia

Consentimiento Informado Para Quimioterapia

Consentimiento Informado Quimioterapia

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha informado que soy portador(a) de:

.....
.....

INFORMACIÓN

- 1) Esta enfermedad se caracteriza por el compromiso de distintos órganos (médula ósea, ganglios linfáticos, bazo, etc.) por células malignas (cancerosas). Cuando las células tumorales crecen en la médula ósea, se produce un impedimento para la producción normal de leucocitos, glóbulos rojos y plaquetas, generando en el organismo una disminución en sus defensas contra gérmenes, anemia y tendencia al sangramiento. El crecimiento de células tumorales en otros órganos generalmente se manifiesta como tumores palpables. Entiendo plenamente este consentimiento y que además mi familia se encuentra informada respecto a los riesgos y ventajas potenciales del procedimiento.
- 2) El tratamiento de mi enfermedad se realiza con drogas de quimioterapia, que eliminan las células malignas, y permiten el restablecimiento de las células normales. Las complicaciones varían según el tipo de quimioterapia a utilizar y el estado físico al momento de iniciar el tratamiento.

En mi caso particular, el esquema de QUIMIOTERAPIA será:

.....
.....

- 3) Durante el curso de la enfermedad, producto del tratamiento y del cáncer mismo, presentaré un alto riesgo de contraer infecciones, tanto por la quimioterapia como por el cáncer que condiciona un estado de ausencia de producción de glóbulos blancos normales. Estas infecciones son por lo general debido a gérmenes presentes en el organismo, que en condiciones de quimioterapia y bajas defensas penetran las barreras normales del organismo y producen infecciones que pueden ser graves. Para evitar esto, se toman medidas especiales de protección, tanto durante una hospitalización como posteriormente de manera ambulatoria con antibióticos preventivos, ciertos cambios en la alimentación, manipulación de los alimentos y vacunaciones preventivas.
- 4) A pesar de las medidas de protección, los pacientes pueden experimentar fiebre y compromiso grave de su estado general. En estas condiciones pudiera ser necesario el traslado a unidades de tratamiento más complejas como intermedio o intensivo cuando el tratamiento no es posible en condiciones de menos complejidad.
- 5) **Las transfusiones.** Durante el período de quimioterapia y mientras la médula ósea no funcione normalmente, es posible que se requiera transfundir con glóbulos rojos y/o plaquetas.
- 6) **Efectos colaterales de la quimioterapia.** Las drogas de quimioterapia producen daño variable en tejidos diferentes al tumoral (tejidos sanos). Dentro de los efectos adversos más frecuentes destacan la Mucositis o aparición de úlceras en la boca y en el intestino que le producirán grados variables de molestias, diarrea, dificultad para alimentarse, dolor. También habrá una caída transitoria del cabello. Frecuente es también ver disminución de las defensas (glóbulos blancos), plaquetas, glóbulos rojos.

Otras complicaciones incluyen infecciones, baja de peso, inapetencia, mareos, debilitamiento de la función cardíaca, problemas de la coagulación, entre los más frecuentes. Mi médico me irá evaluando de manera frecuente para detectar y tratar estas complicaciones.

Efectos en el largo plazo. Dependiendo también del tipo de medicamentos utilizados es probable que se presente dificultad para tener hijos, denominada infertilidad. Esto no es absoluto, pero debe tenerse en consideración. De manera infrecuente existe el riesgo de que con ciertas quimioterapias se aumente el riesgo que años después del tratamiento aparezcan otros cánceres producto de la exposición a ciertas drogas. Esto es inherente al uso de dichas quimioterapias y el riesgo es mucho menor que el beneficio de su utilización para controlar y curar el cáncer para el cual está siendo utilizada.

7) **Seguimiento.** Mi enfermedad requiere un seguimiento para observar la eficacia de los tratamientos. Para ello es necesario realizar diferentes exámenes que dependerán del diagnóstico. Estos estudios incluyen entre otros, análisis de la médula ósea, biopsias, exámenes de sangre, scanner, PET/CT entre otros. Los exámenes específicos dependerán del diagnóstico, la etapa del tratamiento y la evaluación médica.

8) Entiendo lo que mi médico me ha explicado, y se me ha dado la oportunidad de realizar todas las preguntas pertinentes a mi caso particular. También se me ha explicado que puedo decidir tratarme o rechazar tratamiento, como también dejar de recibirlo en el momento que exprese mi voluntad.

Entiendo plenamente este consentimiento y me encuentra informado respecto a los riesgos y ventajas potenciales de la quimioterapia. Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento y en tales condiciones consiento con realizar la quimioterapia.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento de **QUIMIOTERAPIA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).