



Consentimiento Informado
para uso de Metotrexato
Versión 1.0

Consentimiento Informado para uso de Metotrexato

Consentimiento Informado – Servicio Integral de la Mujer (SIM)



Consentimiento Informado para uso de Metotrexato

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

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

Fecha del consentimiento:

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado los motivos por los cuales, en mi situación, se utilizara Metotrexato.

Qué es el Metotrexato

El Metotrexato es un anti metabolito que posee actividad anti proliferativa e inmunosupresora por inhibir competitivamente a la enzima Dihidrofolato reductasa (DHFR), enzima clave en el metabolismo del ácido fólico , inhibiendo el crecimiento y la replicación celular

Es un fármaco usado en el tratamiento del cáncer y enfermedades autoinmunes

Para que se utiliza en Ginecología y Obstetricia

El Metotrexato se utiliza para la terminación terapéutica del embarazo cuando este es inviable y pone en riesgo la vida de la madre como es el caso de los embarazos ectópicos y cornuales. (El éxito del tratamiento depende del tamaño del embarazo y la cantidad de hormona BHCG)

Vías de administración

Se administra por vía intramuscular o directamente en el saco gestacional, su uso debe ser indicado por un medico

Efectos adversos y complicaciones asociadas a uso de Metotrexato

- 1.-Neumonitis
- 2.-Alopecia (reversible y dosis dependiente)
- 3.-Dermatitis
- 4.-Pleuritis
- 5.-Mucositis
- 6.-Depresion medular (alteración de glóbulos blancos, glóbulos rojos y/o plaquetas)

Otras alternativas

Existen alternativas al Metotrexato como la cirugía y el manejo expectante, cada uno de ellos con sus indicaciones precisas y condiciones específicas para su aplicación, ninguna alternativa está exenta de complicaciones.



He comprendido las explicaciones que se me han entregado en lenguaje claro y sencillo, el médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento, y sin dar explicación alguna, puedo revocar el consentimiento que ahora firmo.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida , que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento con Metotrexato para.....

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento de Metotrexato según lo indicado

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

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

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....