



Consentimiento Informado Para  
Tratamiento De Mieloma Múltiple  
Refractario

## **Consentimiento Informado Para Tratamiento De Mieloma Múltiple Refractario**

## Consentimiento Informado Para Tratamiento De Mieloma Múltiple Refractario

---

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 de un

**MIELOMA MULTIPLE REFRACTARIO** (MM refractario)

## INFORMACIÓN GENERAL

El diagnóstico de mi enfermedad fue realizado con fecha de:.....

Y, he sido sometida a tratamiento con múltiples esquemas: que incluyen el uso de Talidomida, Dexametasona, Velcade, trasplante de médula ósea y otros medicamentos con efecto quimioterápico. A pesar de lo anterior, el MM refractario se ha desarrollado y me produce dolor óseo y otros síntomas. Mi médico me ha informado que en estas condiciones no es posible encontrar una alternativa curativa para mi enfermedad.

En las alternativas, existe la posibilidad de utilizar un medicamento conocido como **TRIÓXIDO DE ARSÉNICO (ATO)**, que está disponible en el país mediante “fórmula magistral” y que puede ser utilizado.

- Se me ha informado que los efectos adversos del ATO que son algunas alteraciones reversibles del ritmo cardiaco, que deberá ser monitorizado con electrocardiograma semanal.
- Como el medicamento no es de uso habitual, también es posible que se observen otros efectos no deseados.
- En estas condiciones acepto recibir el medicamento ATO para intentar controlar mi enfermedad.
- Entiendo que no es posible garantizar una respuesta clínica.
- También estoy informada que el Mieloma Múltiple Refractario, por su propia evolución y progresión se asocia a numerosos síntomas y complicaciones, a nivel renal, óseo, metabolismo del calcio, infecciones intercurrentes por mencionar algunas.
- Varias de estas complicaciones ya las he tenido.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido 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 necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.



Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento con **TRIÓXIDO DE ARSÉNICO (ATO)**,

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).