

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA.

Ciudad y fecha:...../...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento, autorizo al **Dr./a** y a su equipo médico, a realizarme tratamiento de braquiterapia, el cual fuera indicado por mi médico de cabecera Dr./a.; y la braquiterapia se llevará a cabo en.....
2. Se me ha explicado que la **braquiterapia** es un tratamiento por radiación que se aplica dentro del organismo del paciente, lo más cerca posible del tumor. La radiación se administra con isótopos radioactivos (elementos químicos), que se introducen dentro de dispositivos (implantes), como alambres, semillas o varillas.
3. Se me ha informado que existen tres tipos principales de administración de braquiterapia: a.- **Braquiterapia endocavitaria o endoluminal** en la que se introducen unos dispositivos que se colocan en una cavidad del órgano a tratar y tienen su forma; la **Braquiterapia intersticial** en la que se introducen unas agujas huecas a través del área tumoral, pero no en una cavidad del cuerpo, y **Braquiterapia de contacto superficial** que están generalmente en contacto con la piel, adoptando su forma y sujetos con moldes de cera.
4. Se me ha sido explicado totalmente en qué consiste la braquiterapia y su forma de aplicación, por lo que entiendo la naturaleza, alcances, posibilidades y eventuales consecuencias de su realización, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos y efectos adversos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento mencionado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 4.1 Las complicaciones que pueden presentarse con el tratamiento radiante en cualquiera de sus formas, e independientemente de su correcta aplicación, variarán dependiendo del tipo y localización del tumor, y los mismos incluyen, a título ejemplificativo, los siguientes: fatiga, enrojecimiento o irritación de la piel, reducción de los glóbulos blancos, pérdida de pelo, dolor mamario, náuseas, vómitos o diarrea, irritación vesical, vaginal, alteraciones menstruales, afectación de la fertilidad, quemaduras, fibrosis actínica, irritaciones de vísceras huecas (intestino, vejiga, etc.) que pueden provocar oclusiones, fístulas y un riesgo bajo de desarrollar una nueva neoplasia.
 - 4.2 Las lesiones secundarias o la toxicidad provocada por la aplicación de braquiterapia, en cualquiera de sus formas, pueden aparecer en forma simultánea a la realización de la braquiterapia o en otro momento distante en el tiempo. Las lesiones secundarias y/o toxicidad de la braquiterapia pueden ser transitorias o permanentes.
5. Se me ha informado que existen tratamientos alternativos para mi patología, como ser, aunque aclarándome que para el estado y características de mi enfermedad mi médico tratante recomienda apelar a la braquiterapia.
6. Se me ha aclarado que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia..... Asimismo he sido informada de los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico elegido.
7. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 inc. g) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o

desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

- 8. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo. Especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer las complicaciones propias de la patología diagnosticada, imposibilitando así mis chances de curación, con evolución desfavorable de mi estado general de salud, poniendo así en riesgo mi vida.-
- 9. Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el médico me ha informado adecuadamente de las posibilidades y resultados esperados del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.-
- 10. Me comprometo a cooperar cumpliendo fielmente las indicaciones que se me brinden durante toda la duración del tratamiento, así como informar en forma inmediata al médico sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal de las zonas tratadas de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
- 11. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:.....
- 12. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad. -
- 13. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 14. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

