

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA.

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

1. Yo....., con diagnóstico 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 quimioterapia indicado por mi médico tratante **Dr./a.**, el que se llevará a cabo en.....-
2. Se me ha explicado que la **quimioterapia** consiste en la administración de diversos fármacos por distintas vías, solos o combinados, en función de su mecanismo de acción y del tipo de enfermedad a tratar, capaces de destruir e inhibir el crecimiento y reproducción de las células malignas en pacientes con enfermedad oncológica. La combinación de los fármacos tiene por finalidad aumentar la efectividad del tratamiento y disminuir su toxicidad.
3. Se me ha informado que en mi caso se utilizarán los siguientes fármacos:.....
Asimismo el esquema de tratamiento (diario, semanal, mensual, etc.) varía según el tamaño y la localización de la lesión tumoral a tratar (estirpe, localización, tamaño, etc), como así también de mi estado general de salud y de cualquier otro tratamiento que esté recibiendo.
4. El objetivo del tratamiento quimioterápico es eliminar las células anómalas que están originando la enfermedad tumoral, lográndose en algunos casos la erradicación de la misma.
5. Se me ha informado que con frecuencia es necesaria la colocación de un catéter venoso para la administración del tratamiento y con el fin de evitar múltiples pinchazos. Estos catéteres pueden mantenerse durante largos periodos de tiempo. En muchas ocasiones no se precisará hospitalización y el tratamiento puede realizarse en forma ambulatoria.
6. Me ha sido explicado totalmente en qué consiste la quimioterapia 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 la misma acarrea. 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 La quimioterapia no distingue entre células enfermas y sanas, pudiendo afectar en forma transitoria a:
 - 4.1.1 **Médula ósea:** Anemia, falta de leucocitos y plaquetas.
 - 4.1.2 **Aparato Digestivo:** Náuseas, vómitos, falta de apetito y diarreas.
 - 4.1.3 **Folículo Piloso:** Caída del cabello.
 - 4.1.4 **Piel y Mucosas:** Enrojecimiento cutáneo, úlceras en la boca.
 - 4.2 La frecuencia y la intensidad de las complicaciones y efectos adversos que pueden presentarse varía de acuerdo a las drogas utilizadas, el estado vital del paciente y la fase del tratamiento en la que se encuentre, todas las cuales me han sido explicadas e incluyen a título ejemplificativo: Fatiga, dolor e irritación en el lugar de la inyección, alteración en el funcionamiento de algún órgano (riñón, hígado, sistema nervioso, etc), alteraciones fetales (debiéndose tomar medidas para evitar el embarazo), 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.
 - 4.3 Se me ha explicado que a pesar de tomarse todos los recaudos posibles, en algunos casos puede producirse la extravasación del quimioterápico (salida del fármaco fuera de la vena), lo que puede provocar la ulceración y necrosis de la zona afectada.
7. Se me ha informado que en todas las enfermedades neoplásicas debe recurrirse al tratamiento quimioterápico en algún momento de su evolución, en forma única o combinado con otro tipo de tratamiento (radioterapia, cirugía, etc).
8. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo, especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento alto

riesgo de padecer las complicaciones propias de la patología, imposibilitando así mis chances de curación, con evolución desfavorable de mi estado general de salud, poniendo así en riesgo mi vida.

9. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) 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.
10. 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.-
11. 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.
12. 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:.....
13. 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.
14. 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.
15. He leído 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 concuro 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: