

RADIOTERAPIA

Pág.

05/5^a Tratamiento radioterápico 73

Oncología Médica

05/5 Tratamientos sistémicos y quimioterapia 74



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ONCOLOGIA RADIOTERÁPICA**

A. IDENTIFICACIÓN:

1. TIPO DE TRATAMIENTO:

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE D.

1. Se me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este tratamiento. También se me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas posibles. Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado del tratamiento sea el más satisfactorio. Comprendo perfectamente que el tratamiento va a consistir más o menos en lo siguiente: (Descripción en lenguaje sencillo)

durante un tiempo aproximado de semanas, y que los riesgos más importantes son: *Radiodermatitis, mucositis, diarreas, cistitis, neumonitis, polineuritis, necrosis, según las localizaciones y náuseas y/o vómitos, bajada de defensas e infecciones (Illeucopenia), peligro de sangrado (plaquetopenia), caída de pelo (alopecia), como manifestaciones sistémicas, de aparición menos frecuentes* y será controlado por el Dr. o bajo su dirección y responsabilidad.

2. Doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento descrito arriba y las operaciones complementarias que sean necesarias o convenientes durante la realización de éste, a juicio de los profesionales que la lleven a cabo.

3. Doy mi consentimiento para que me asistan, como ayudantes o auxiliares, estudiantes de medicina y enfermería o médicos no especialistas en periodo de formación.

4. Doy mi consentimiento para que se puedan tomar datos de la historia clínica y fotografías y que posteriormente puedan ser evaluados por personal de este u otro hospital. Pero debe de cumplirse que: **a)** no se emplearán mi nombre ni el de mi familia para identificar los datos y las fotos; y **b)** su uso se limitará a propósitos didácticos y/o investigadores.

5. Puedo retirar este consentimiento cuando lo estime oportuno SIN que interfiera en la relación Médico.Enfermo y manteniendo el derecho a una correcta asistencia Sanitaria.

6. En cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones (Si no hay, póngase "ninguna". Si no se acepta alguno de los otros puntos hágase constar).

FIRMA DEL PACIENTE

C. DECLARACIÓN

1. MEDICO RESPONSABLE: He informado a este paciente del propósito y naturaleza del tratamiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

FIRMA MEDICO RESPONSABLE

Nombre

2. TUTOR LEGAL O FAMILIAR: Se que el paciente D. ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento descrito arriba, o sea, ha sido considerado incompetente.

El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este tratamiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO, con DNI como doy mi consentimiento para que el Dr. y el personal auxiliar que precise le realicen este tratamiento. Puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno.

FIRMA DEL TUTOR O FAMILIAR

FECHA

Nombre

CONSENTIMIENTO INFORMADO ONCOLOGIA RADIOTERAPICA



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTOS SISTÉMICOS Y QUIMIOTERAPIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTOS SISTÉMICOS Y QUIMIOTERAPIA

A. IDENTIFICACIÓN:

1. NOMBRE TÉCNICO DE LOS FÁRMACOS:

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE D.

1. Se me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este tratamiento. También se me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas posibles. Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado del tratamiento sea el más satisfactorio. Comprendo perfectamente que el tratamiento va a consistir más o menos en lo siguiente: (Descripción en lenguaje sencillo)

durante un tiempo aproximado de meses, y que los riesgos más importantes son: *náuseas y/o vómitos, bajada de defensas e infecciones (leucopenia), peligro de sangrado (plaquetopenia), caída de pelo (alopecia)*, y será controlado por el Dr. bajo su dirección y responsabilidad.

- 2. Doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento descrito arriba y las operaciones complementarias que sean necesarias o convenientes durante la realización de éste, a juicio de los profesionales que la lleven a cabo.
- 3. Doy mi consentimiento para que me asistan, como ayudantes o auxiliares, estudiantes de medicina y enfermería o médicos no especialistas en periodo de formación.
- 4. Doy mi consentimiento para que se puedan tomar datos de la historia clínica y fotografías y que posteriormente puedan ser evaluados por personal de este u otro hospital. Pero debe de cumplirse que: **a)** no se emplearán mi nombre ni el de mi familia para identificar los datos y las fotos; y **b)** su uso se limitará a propósitos didácticos y/o investigadores.
- 5. Puedo retirar este consentimiento cuando lo estime oportuno SIN que interfiera en la relación Médico.Enfermo y manteniendo el derecho a una correcta asistencia Sanitaria.
- 6. En cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones (Si no hay, póngase "ninguna". Si no se acepta alguno de los otros puntos hágase constar).

FIRMA DEL PACIENTE

C. DECLARACIÓN

3. MEDICO RESPONSABLE: He informado a este paciente del propósito y naturaleza del tratamiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

FIRMA MEDICO RESPONSABLE

Nombre

4. TUTOR LEGAL O FAMILIAR: Se que el paciente D. ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento descrito arriba, o sea, ha sido considerado incompetente.

El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este tratamiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO, con DNI como doy mi consentimiento para que el Dr. y el personal auxiliar que precise le realicen este tratamiento. Puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno.

FIRMA DEL TUTOR O FAMILIAR

FECHA

Nombre