

FORMULARIO PARA REGISTRO

| | | |
|---|--|-----------|
|  HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i> | CONSENTIMIENTO INFORMADO | FL-QMT-01 |
| | Tratamiento con Quimioterapia Especialidad de Oncología | Rev.02 |

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

INTRODUCCIÓN

Su médico tratante le ha informado de su enfermedad, en cuanto a su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento. Por la condición de su enfermedad, se le ha propuesto someterse a un tratamiento de quimioterapia, motivo por el cual se le solicita que lea detalladamente este documento, discuta con su médico tratante las dudas que tenga y cualquier otra consulta referente a este tipo de tratamiento.

Al final de este documento se le solicitará que manifieste su voluntad de recibir el tratamiento propuesto, o bien de no aceptarlo.

OBJETIVO

El principal objetivo es frenar y reducir la enfermedad. En algunos casos el objetivo es la curación. En caso de no alcanzarse la curación, los objetivos del tratamiento son la reducción del tumor, la prolongación de la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente. Si el tratamiento se emplea como tratamiento adyuvante, es decir después de la cirugía el objetivo es prevenir la manifestación futura de la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA (En qué consiste)

El tratamiento con quimioterapia antitumoral consiste en la administración de fármacos citotóxicos por vía oral, intravenosa, subcutánea, intramuscular o intratecal, en pacientes diagnosticados de una neoplasia o cáncer.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Este tipo de fármacos actúa sobre las células tumorales, provocando los efectos beneficiosos, pero también sobre los órganos normales del paciente, produciendo los efectos tóxicos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización del tratamiento quimioterápico supone el crecimiento de las células que componen su enfermedad, las cuales pueden afectar a otros órganos y alterar su función.

RIESGOS POTENCIALES DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

RIESGOS DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA RIESGOS FRECUENTES

TOXICIDAD ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA

A. Reacciones agudas (durante su administración o a las pocas horas de su administración).

Frecuentes:

1. Náuseas.
2. Vómitos.
3. Hipersensibilidad.
4. Fiebre.

Poco frecuentes pero potencialmente graves:

1. Reacciones anafilácticas, en ocasiones con riesgo vital.
2. Hipotensión.

FORMULARIO PARA REGISTRO

| | | |
|--|---|-----------|
|  HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i> | CONSENTIMIENTO INFORMADO Tratamiento con Quimioterapia Especialidad de Oncología | FL-QMT-01 |
| | | Rev.02 |

B. Reacciones precoces (entre días y semanas).

1. Mielosupresión o disminución de células en sangre periférica.
2. Mucositis.
3. Estreñimiento o diarreas.
4. Caída del cabello.
5. Lesiones cutáneas.
6. Astenia o cansancio.
7. Falta de apetito sexual e impotencia.
8. Ausencia de menstruación generalmente pasajera.

_ Poco frecuentes pero potencialmente graves:

1. Fiebre como consecuencia del descenso de leucocitos.
2. Anemia severa.
3. Trombopenia (descenso de plaquetas), que puede traducirse en signos de sangrado.

C. Reacciones tardías (semanas a meses) o crónicas (de meses años después del tratamiento).

_ Frecuentes:

1. Neurotoxicidad (puesta de manifiesto como parestesias u hormigueos en manos y pies).
2. Descenso de la fertilidad o esterilidad en algunos tratamientos.

_ Poco frecuentes pero potencialmente graves:

1. Toxicidad sobre el riñón el corazón, el pulmón, el hígado o el sistema nervioso.
2. Esterilidad.
3. Menopausia precoz.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS
 RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES CONTRAINDICACIONES

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para procurar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otros tratamientos que luchan contra la enfermedad son; la cirugía la radioterapia, la hormonoterapia, la inmunoterapia y los inhibidores de señales intracelulares.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi identidad.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que he recibido y que conozco que éste puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

un **Tratamiento con Quimioterapia**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Tratamiento con Quimioterapia**.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

FORMULARIO PARA REGISTRO

| | | |
|---|--|-----------|
|  HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i> | CONSENTIMIENTO INFORMADO | FL-QMT-01 |
| | Tratamiento con Quimioterapia Especialidad de Oncología | Rev.02 |

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con un **Tratamiento con Quimioterapia** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)