

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Tratamiento con Quimioterapia Especialidad de Oncología

FL-QMT-01

Rev. 01

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)**

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**(Representante legal o familiar)****(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### 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.

### EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

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 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

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

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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

---

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO


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 nombre.

No autorizo lo anterior

# FORMULARIO PARA REGISTRO

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

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

## DECLARO :

Que el/la Docto/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación al **TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice el **TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con el **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 y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## REVOCAION

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_