

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Oncología

Se ponen en su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación:

¿Qué es? El consentimiento informado es la manifestación de voluntad que emite el paciente, o un familiar y/o allegado (estos últimos de manera excepcional), según al caso, para que se le lleve a cabo una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender la información pertinente que se le suministra.

Acceso a la información: Los instamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimientos y/o tratamientos aconsejados por los profesionales de la salud. Tenga presente que es su derecho informarse y su deber hacernos saber su comprensión.

Características de la Ciencia Medicina: No es posible garantía de curación o resultado de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar, esto se explica en que la Medicina es una ciencia no exacta y en la individualidad propia de cada paciente, por lo que pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

para la administración de quimioterapia, agentes biológicos, inmunoterapia u otras formas de tratamiento oncológico específico.

Quien suscribe
DNI , con domicilio en calle
de la ciudad de , ha sido diagnosticado con
..... . Los facultativos que le atienden consideran que sería conveniente recibir
tratamiento médico para esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener son mayores que los posibles
inconvenientes. Motivo por el que es recomendable que reciba tratamiento conocido como
..... , el mismo será brindado en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la q corresponda]
..... , por intermedio del Dr/Dra
y su equipo profesional.

INFORMACIÓN

Descripción y Características del Procedimiento: Para el tratamiento de los tumores habitualmente hay que utilizar medicamentos que se conocen como quimioterapia (agentes químicos antineoplásicos) y agentes biológicos (tratamientos dirigidos o antidiaria).

Los fármacos se administran por distintas vías, solos o combinados con otros, en función de su mecanismo de acción y del tipo de enfermedad. La combinación de fármacos tiene por finalidad aumentar la efectividad del tratamiento y disminuir su toxicidad.

Con frecuencia es necesario la colocación de un catéter venoso para administrar el tratamiento y para evitar múltiples pinchazos. Estos catéteres pueden mantenerse durante largos periodos de tiempo con el mantenimiento que corresponda según el caso.

El esquema de tratamiento (diario, semanal, mensual, etc.) varía según cada enfermedad y su evolución. En muchas ocasiones no se precisa hospitalización y puede realizarse de forma ambulatoria. Tales opciones serán consensuadas con su médico a cargo buscando el beneficio directo en la salud de su persona.

Objetivos del Tratamiento: Para el tratamiento de los tumores habitualmente hay que utilizar medicamentos que se conocen como quimioterapia (agentes químicos antineoplásicos) y agentes biológicos (tratamientos dirigidos o antidiaria).

Beneficios Probables: Control de la enfermedad neoplásica que padece, lograr control de síntomas como dolor, dificultad respiratoria, molestias digestivas, etc. Evitar que la enfermedad que fue tratada recurra (adyuvancia).

Alternativas del Tratamiento: En todas las enfermedades neoplásicas es posible recurrir a algún tipo de tratamiento oncológico durante la evolución de la enfermedad.

Las alternativas al tratamiento propuesto son:

- Demorar el inicio del tratamiento (reduciendo las posibilidades de controlar la enfermedad)
- Tratamientos paliativos (radioterapia, medicación para control de dolor, u otros síntomas)
- Abstención terapéutica (disminuyendo la posibilidad de controlar la enfermedad)

Consecuencias Previsibles de la Realización del Tratamiento: Durante el tratamiento o posterior al mismo realizaremos estudios de control, donde la enfermedad puede detener su crecimiento, disminuirlo parcialmente o incluso progresar. En otros casos el beneficio del tratamiento no lo veremos sino en el largo plazo.

Consecuencias Previsibles de la NO Realización del Tratamiento: Progresión de enfermedad. Disminución de posibilidad de control a futuro.

Riesgos Frecuentes: La quimioterapia no distingue entre células enfermas y sanas, pudiendo afectar de manera transitoria a:

- La médula ósea (anemia, falta de leucocitos y plaquetas con el consiguiente riesgo de infecciones y hemorragias)
- Aparato digestivo (náuseas, vómitos, falta de apetito, diarreas)
- Folículo piloso (caída del cabello)
- Piel y mucosas (enrojecimiento cutáneo, úlceras en la boca, etc.)

La frecuencia y la intensidad de los efectos secundarios varía mucho de unos tratamientos a otros, de unas personas a otras y de la fase de tratamiento en que se encuentre.

Otros posibles efectos secundarios son:

- Sensación de cansancio o desgano
- Dolor e irritación en el lugar de la inyección
- Reacciones alérgicas
- Alteración del funcionamiento de algún órgano (riñón, hígado, corazón, sistema nervioso, etc.)
- Esterilidad (puede requerirse intervención de especialistas en reproducción –véase “oncofertilidad”)
- Alteraciones fetales (debiéndose tomar medidas para evitar el embarazo- véase “embarazo”)
- Riesgo de extravasación de drogas (salida de líquido intravenoso hacia los tejidos adyacentes). Se sospecha que se ha producido una extravasación cuando en la zona circundante al punto de acceso intravenoso se observan, inicialmente, algunos de los siguientes signos o síntomas: dolor, prurito o quemazón, enrojecimiento o palidez de la piel, hinchazón y piel fría o caliente.

Para prevenir y tratar estos efectos secundarios pueden ser necesarias una serie de medidas como la administración de antieméticos (prevención de los vómitos) y antidiarreicos, antibióticos, transfusión de sangre y sus derivados (plaquetas o plasma), suplementos nutricionales, etc.

Riesgos Poco Frecuentes - Especialmente Graves: Algunas complicaciones de las mencionadas anteriormente pueden ser potencialmente graves e incluso producir el fallecimiento, especialmente si no son tratadas en tiempo y forma. Existen efectos adversos que pueden recibir orientación telefónica, o atención ambulatoria, otros requieren de la consulta hospitalaria en guardia e incluso pueden requerir internación.

En mi caso particular deberé tener en cuenta los siguientes posibles riesgos:

Supuestos Especiales:

- **Embarazo:** En caso de embarazo o sospecha del mismo, debe ser comunicado de forma clara e inmediata al médico y resto del personal sanitario involucrado en el tratamiento. Se recomienda, no quedar embarazada y/o que su pareja quede embarazada durante el tratamiento con quimioterapia, agentes biológicos o cualquier otro tratamiento oncológico. Los métodos anticonceptivos a utilizar deben ser seguros y en cualquier caso deben consultarse con su oncólogo.
- **Oncofertilidad:** Disciplina de las ciencias de la salud que involucra el estudio y desarrollo de medidas de prevención y protección del impacto del cáncer y sus tratamientos en la salud reproductiva. El objetivo de la crio preservación es preservar la fertilidad futura a los fines de utilizar las gametas vitrificadas/congeladas en un tratamiento de reproducción humana asistida. Se trata de una metodología de laboratorio que se puede aplicar a embriones, ovocitos y espermatozoides. En tanto, un riesgo del presente tratamiento se traduce en infertilidad-esterilidad-disminución de número y movilidad de espermatozoides, etc, si se desean/planifican embarazos posteriores al tratamiento, se debe consultar previamente al inicio de este tratamiento con su oncólogo, para la planificación de tratamiento de oncofertilidad.

Rechazo al Tratamiento: Se informa el derecho que le asiste en caso de padecer enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable (Art.59 inc. G CCyC). Para el ejercicio de este derecho se le requerirá la suscripción de un consentimiento informado específico.

DEBER DE COLABORACION: Se informa la importancia para la salud/integridad de su persona de cumplir con las indicaciones terapéuticas que los médicos y/o enfermeros que asistan indiquen durante el tratamiento. Así como, la importancia de informar al equipo profesional tratante todo antecedente médico personal/familiar.

ACTUALIDAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: El tratamiento para el que aquí presta su consentimiento en este documento puede que necesite ser repetido (con iguales características), dentro del abordaje de su enfermedad, si así lo considera beneficioso y oportuno el médico tratante. En tales casos, se le dará nuevamente toda la información necesaria y actualizada, pero no se le presentará un nuevo documento de consentimiento informado para suscribir, en razón de considerarse una extensión del inicial tratamiento. En cambio, si se necesitare una modificación de la medicación - características del tratamiento - deberá brindar un nuevo consentimiento informado.

DIRECTIVA ANTICIPADA DE VOLUNTAD. REPRESENTANTE FUTURO (opcional)

En los términos del art. 60 del CCyC designo a la Sra/Sr., DNI, para que exprese consentimiento para actos médicos sobre mi persona, cuando me encuentre absolutamente imposibilitado de expresar mi voluntad para actos médicos, fueren estos para el tratamiento de mi enfermedad actual o patologías conexas.

El presente consentimiento se puede **REVOCAR** en cualquier momento, sin expresión de causa alguna, comunicándolo de manera fehaciente a los profesionales médicos tratantes.

Que manifiesto que he **comprendido en su totalidad** la información que se me suministró en forma clara, sencilla, adecuada y gradual, he tenido la oportunidad de efectuar preguntas que he creído oportunas, comprendiendo las características, beneficios, riesgos, alternativas del tratamiento propuesto por los profesionales tratantes, por tal razón **presto con plena libertad, mi consentimiento informado para que se me realice el tratamiento arriba indicado**, en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda]....., de acuerdo a la prescripción de mi médico/a tratante.

Fecha: / /

Datos del Familiar de Referencia

.....
Nombre y Apellido

.....
Domicilio

.....
Teléfono

.....
Firma y Aclaración
Paciente

.....
Firma y Sello
Médico tratante