



Document de Consentiment informat

Apellidos: [Redacted]
Nombre: [Redacted]
Núm H.C.: [Redacted]

Nombre de
Servicio: [Redacted]

Como paciente, tiene derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del tratamiento con

QUIMIOTERAPIA

El propósito de esta información no es alarmarle, ni liberar de responsabilidad al médico. Simplemente representa un esfuerzo para que usted esté informado y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o rechazar dicho tratamiento. En este sentido, le comunicamos que informarle y solicitar su autorización, siempre que la urgencia lo permite, es una norma de obligado cumplimiento para el/la médico que le atiende, de conformidad con la Ley General de Sanidad.

Declaro

1. Que se me ha informado que éste tratamiento consiste en recibir varios medicamentos, algunos por vía endovenosa, en ciclos repetidos, durante varios meses.
2. Que se me ha informado del motivo que hace necesario y adecuado el tratamiento, considerando los médicos que me atienden que sería conveniente recibir quimioterapia ya que los beneficios que se pueden obtener, son mayores que los posibles inconvenientes.
3. Que he sido advertido que los medicamentos que se emplean en éste tratamiento pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes:
 - **Trastornos digestivos:** vómitos, diarreas, inflamación de mucosas.
 - **Trastornos de la sangre:** disminución de glóbulos blancos o leucopenia, de glóbulos rojos o anemia, de plaquetas o trombocitopenia, que pueden provocar infecciones, cansancio y hemorragias. Es posible que debido a la aparición de alguna de éstas complicaciones sea necesario administrarle antibióticos en dosis altas y sangre o productos derivados de ella.
 - **Trastornos urogenitales:** alteración de la menstruación, infertilidad, falta de apetencia sexual, insuficiencia renal.
 - **Trastornos del sistema nervioso:** dolor de cabeza, mareos, visión borrosa.
 - **Trastornos dérmicos:** caída del pelo, reacción en la piel, alteraciones de las uñas, picor, ulceraciones por extravasaciones del fármaco.
 - **Trastornos cardiorrespiratorios.**
 - **Otros efectos:** malestar general, osteoporosis, dolor en los huesos y articulaciones, conjuntivitis, reacciones alérgicas.Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, y a pesar del tratamiento, pueden ser graves e incluso mortales.
4. Que he sido advertido sobre los riesgos con relación a mis circunstancias personales.
5. Que he comprendido la información que me ha sido proporcionada, que se me han aclarado todas las dudas surgidas al respecto y que he sido informado que tengo derecho a revocar la decisión tomada.

Por tal Firma	Consentimiento a la práctica del procedimiento que se me propone:	
	Firma del paciente	Firma del representante legal*
Dr./a.	Sr./a.	Sr./a.
N.Col	D.N.I.	D.N.I.
Barcelo	[Redacted]	[Redacted]
He decidido No autorizar la realización del procedimiento que me ha sido p		
Firma del médico informante	Firma del paciente	Firma del representante legal*
Dr./a.	Sr./a.	Sr./a.
N.Col	D.N.I.	D.N.I.
Barcelona, a.....de.....de.....		

*En caso de incapacidad del paciente y/o minoría de edad, especificando la causa de incapacidad:

Documento basado en las recomendaciones de la
Sociedad Española de Oncología Médica.
Fecha de emisión: Octubre de 2000.
Revisado por el comité de Ética asistencial.