



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.

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.
- 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 cardiorespiratorios.
- Otros efectos: malestar general, osteoporosis, dolor en los huesos y articulaciones, conjuntivitis, reacciones alérgicas.
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 tanto, autorizo a la práctica del procedimiento que se me propone:
Firma del paciente
Firma del representante legal*
Dr./a. Sr./a.
N.Col. D.N.I.
Barcelona, a. de.

He decidido No autorizar la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.
Firma del médico informante
Firma del paciente
Firma del representante legal*
Dr./a. Sr./a.
N.Col. D.N.I.
Barcelona, a. de.

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