

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADENOMECTOMÍA O QUIMIOTERAPIA INTENSIVA

Nº Historia: @01

Don/Doña: @03 de
@05 años de edad,
Con domicilio en @06 y DNI
Nº @04

Don/Doña: @07 de
@09 años de edad,
Con domicilio en @10 y DNI
Nº @08
En calidad de @11 de @03

DECLARO

Que el DOCTOR/A Don/Doña @12 , me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir QUIMIOTERAPIA INTENSIVA.

1.- El objetivo de la técnica es frenar totalmente la actividad de mi médula ósea mediante la administración de varios medicamentos (quimioterapia) a una dosis muy elevada. Para intentar recuperar la actividad de la médula ósea y procurar restaurar la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas será necesario que se me trasplanten células previamente obtenidas de mi sangre periférica, o bien de mi médula ósea, bajo anestesia.

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de @14 y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir quimioterapia intensiva para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

2.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes, trastornos digestivos (vómitos, diarreas, inflamación de mucosas – mucositis–), toxicidad hepática, hemorragias, trastornos hematopoyéticos como disminución de glóbulos blancos o leucopenia, de glóbulos rojos o anemia, o de plaquetas o trombocitopenia que pueden provocar infecciones, astenia y hemorragias; trastornos urogenitales como alteraciones en la menstruación, infertilidad, alteraciones de la libido, insuficiencia renal; trastornos del sistema nervioso como cefaleas, mareos, visión borrosa, hipoacusia, afasia, confusión, paresias, ataxias, convulsiones, aracnoiditis química y leucoencefalopatía; trastornos dérmicos como caída del pelo, reacciones en la piel, alteraciones de las uñas, prurito, ulceraciones por extravasaciones del fármaco; trastornos cardiorrespiratorios como insuficiencia cardíaca, fibrosis pulmonar, otros efectos como osteoporosis, malestar general, algias osteoarticulares, conjuntivitis, alteraciones olfatorias y gustativas, anafilaxia.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de antibióticos a dosis altas, antifúngicos y sangre o productos derivados de ella.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: @15

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la quimioterapia se reduzcan al mínimo.

- 3.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la quimioterapia que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice tratamiento con QUIMIOTERAPIA INTENSIVA.

En @13, a @02

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

REVOCACIÓN

Don/Doña de
..... años de edad. (Nombre y dos apellidos del
paciente)

con domicilio en y D.N.I.
nº

Don/Doña de
años de edad.

(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I.
nº

en calidad de de

.....

(Representante legal, familiar o allegado)

(Nombre y dos

apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo
proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En..... *(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico
familiar

Fdo: El Paciente
o

Fdo: El representante legal,
allegado

1.- El objetivo de la técnica es frenar totalmente la actividad de mi médula ósea mediante la administración de varios medicamentos (quimioterapia) a una dosis muy elevada. Para intentar recuperar la actividad de la médula ósea y procurar restaurar la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas será necesario que se me trasplanten células previamente obtenidas de mi sangre periférica, o bien de mi médula ósea, bajo anestesia.

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de **[Informe el campo "Diagnóstico"]** y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir quimioterapia intensiva para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

2.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes, trastornos digestivos (vómitos, diarreas, inflamación de mucosas –mucositis–), toxicidad hepática, hemorragias, trastornos hematopoyéticos como disminución de glóbulos blancos o leucopenia, de glóbulos rojos o anemia, o de plaquetas o trombocitopenia que pueden provocar infecciones, astenia y hemorragias; trastornos urogenitales como alteraciones en la menstruación, infertilidad, alteraciones de la libido, insuficiencia renal; trastornos del sistema nervioso como cefaleas, mareos, visión borrosa, hipoacusia, afasia, confusión, paresias, ataxias, convulsiones, aracnoiditis química y leucoencefalopatía; trastornos dérmicos como caída del pelo, reacciones en la piel, alteraciones de las uñas, prurito, ulceraciones por extravasaciones del fármaco; trastornos cardiorrespiratorios como insuficiencia cardíaca, fibrosis pulmonar, otros efectos como osteoporosis, malestar general, algias osteoarticulares, conjuntivitis, alteraciones olfatorias y gustativas, anafilaxia.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de antibióticos a dosis altas, antifúngicos y sangre o productos derivados de ella.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: **[Informe el campo "Riesgos Personalizados"]**.

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la quimioterapia se reduzcan al mínimo.

3.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las

posibles consecuencias de no realizar la quimioterapia que se me propone.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR QUIMIOTERAPIA

Nº Historia: @01

Don/Doña: @03 de
@05 años de edad,
Con domicilio en @06 y DNI
Nº @04

Don/Doña: @07 de
@09 años de edad,
Con domicilio en @10 y DNI
Nº @08
En calidad de @11 de @03

DECLARO

Que el DOCTOR/A Don/Doña @12 me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir QUIMIOTERAPIA.

1.- El tratamiento consiste en recibir varios medicamentos, algunos por vía intravenosa, en ciclos repetidos, durante varios meses.

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de @14 y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir quimioterapia para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

2.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes, trastornos digestivos (vómitos, diarreas, inflamación de mucosas – mucositis–), toxicidad hepática, hemorragias, trastornos hematopoyéticos como disminución de glóbulos blancos o leucopenia, de glóbulos rojos o anemia, o de plaquetas o trombocitopenia que pueden provocar infecciones, astenia y hemorragias, trastornos urogenitales como alteraciones en la menstruación, infertilidad, alteraciones de la libido, insuficiencia renal, trastornos del sistema nervioso como cefaleas, mareos, visión borrosa, hipoacusia, afasia, confusión, paresias, ataxias, convulsiones, aracnoiditis química y leucoencefalopatía, trastornos dérmicos como caída del pelo, reacciones en la piel, alteraciones de las uñas, prurito, ulceraciones por extravasaciones del fármaco, trastornos cardiorrespiratorios como insuficiencia cardíaca, fibrosis pulmonar, otros efectos como osteoporosis, malestar general, algias osteoarticulares, conjuntivitis, alteraciones olfatorias y gustativas, anafilaxia.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de antibióticos a dosis altas, antifúngicos y sangre o productos derivados de ella.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: @15

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la quimioterapia se reduzcan al mínimo.

- 3.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la quimioterapia que se me propone.

He comprendido que las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice tratamiento con QUIMIOTERAPIA.

En @13, a @02

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

REVOCACIÓN

Don/Doña de
..... años de edad. *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en y D.N.I.
nº

Don/Doña de
..... años de edad. *(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en y D.N.I.
nº

en calidad de de

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

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En..... (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

- 1.- El tratamiento consiste en recibir varios medicamentos, algunos por vía intravenosa, en ciclos repetidos, durante varios meses.

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de **[Informe el campo "Diagnóstico"]** y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir quimioterapia para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

- 2.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes, trastornos digestivos (vómitos, diarreas, inflamación de mucosas –mucositis–), toxicidad hepática, hemorragias, trastornos hematopoyéticos como disminución de glóbulos blancos o leucopenia, de glóbulos rojos o anemia, o de plaquetas o trombocitopenia que pueden provocar infecciones, astenia y hemorragias, trastornos urogenitales como alteraciones en la menstruación, infertilidad, alteraciones de la libido, insuficiencia renal, trastornos del sistema nervioso como cefaleas, mareos, visión borrosa, hipoacusia, afasia, confusión, parestias, ataxias, convulsiones, aracnoiditis química y leucoencefalopatía, trastornos dérmicos como caída del pelo, reacciones en la piel, alteraciones de las uñas, prurito, ulceraciones por extravasaciones del fármaco, trastornos cardiorrespiratorios como insuficiencia cardíaca, fibrosis pulmonar, otros efectos como osteoporosis, malestar general, algias osteoarticulares, conjuntivitis, alteraciones olfatorias y gustativas, anafilaxia.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de antibióticos a dosis altas, antifúngicos y sangre o productos derivados de ella.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: **[Informe el campo "Riesgos Personalizados"]**.

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la quimioterapia se reduzcan al mínimo.

- 3.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la quimioterapia que se me propone.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HORMONOTERAPIA

Nº Historia: @01

Don/Doña: @03 de
@05 años de edad,
Con domicilio en @06 y DNI
Nº @04

Don/Doña: @07 de
@09 años de edad,
Con domicilio en @10 y DNI
Nº @08
En calidad de @11 de @03

DECLARO

Que el DOCTOR/A Don/Doña @12 me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir HORMONOTERAPIA.

1.- El tratamiento consiste en recibir un medicamento, la mayoría de las veces por vía oral, de forma continuada durante varios meses.

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de @14 y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir hormonoterapia para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

2.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes sofocos, hemorragia vaginal, flujo vaginal, prurito vulvar, intolerancia gastrointestinal, exacerbación tumoral, aturdimiento y erupción cutánea. Ocasionalmente puede aparecer retención de líquidos, caída de pelo, descensos transitorios del número de plaquetas (con el consiguiente riesgo de hemorragia) y procesos tromboembólicos; un reducido número de pacientes, en las que la enfermedad afecta también a los huesos pueden presentar aumentos de calcio en la sangre. En raras ocasiones se pueden producir trastornos visuales, alteraciones hepáticas y trastornos proliferativos endometriales. En cierto número de mujeres premenopáusicas se ha observado supresión de menstruación y, ocasionalmente, tumefacción de ovarios quísticos.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de tratamiento farmacológico.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves o mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta

mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: @15

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la hormonoterapia se reduzcan al mínimo.

- 3.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la hormonoterapia que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice tratamiento con HORMONOTERAPIA.

En @13, a @02

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

REVOCACIÓN

Don/Doña de
..... años de edad. *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en y D.N.I.
nº

Don/Doña de
años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I.
nº

en calidad de de

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

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En..... (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

- 1.- El tratamiento consiste en recibir un medicamento, la mayoría de las veces por vía oral, de forma continuada durante varios meses.

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de **[Informe el campo "Diagnóstico"]** y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir hormonoterapia para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

- 2.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes sofocos, hemorragia vaginal, flujo vaginal, prurito vulvar, intolerancia gastrointestinal, exacerbación tumoral, aturdimiento y erupción cutánea. Ocasionalmente puede aparecer retención de líquidos, caída de pelo, descensos transitorios del número de plaquetas (con el consiguiente riesgo de hemorragia) y procesos tromboembólicos; un reducido número de pacientes, en las que la enfermedad afecta también a los huesos pueden presentar aumentos de calcio en la sangre. En raras ocasiones se pueden producir trastornos visuales, alteraciones hepáticas y trastornos proliferativos endometriales. En cierto número de mujeres premenopáusicas se ha observado supresión de menstruación y, ocasionalmente, tumefacción de ovarios quísticos.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de tratamiento farmacológico.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves o mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: **[Informe el campo "Riesgos Personalizados"]**.

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la hormonoterapia se reduzcan al mínimo.

- 3.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la hormonoterapia que se me propone.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INMUNOTERAPIA

Nº Historia: @01

Don/Doña: @03 de
@05 años de edad,
Con domicilio en @06 y DNI
Nº @04

Don/Doña: @07 de
@09 años de edad,
Con domicilio en @10 y DNI
Nº @08
En calidad de @11 de @03

DECLARO

Que el DOCTOR/A Don/Doña @12 me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir INMUNOTERAPIA.

1.- El tratamiento consiste en recibir un medicamento, la mayoría de las veces por vía subcutánea, de forma continuada durante varios meses.

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de @14 y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir inmunoterapia para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

2.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, por lo común una reacción de tipo gripal (fiebre, cansancio, dolor de cabeza, dolores musculares y escalofríos), bajadas de tensión. También puede aparecer pérdida de apetito, náuseas con o sin vómitos, diarrea, anemia, alteraciones hepáticas, alteraciones renales, ahogo o sarpullido. Más raramente puede aparecer dolor articular, dolor lumbar, trastornos del gusto, somnolencia, depresión, irritabilidad, alteraciones cardiovasculares, alteraciones pulmonares, alteraciones de la coagulación, disminución de glóbulos blancos (con el consiguiente riesgo de infecciones), sequedad de boca, caída del cabello, aumento de la sudoración, picores o inflamación de las mucosas.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de tratamiento farmacológico.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión,

creencias, etc.) son: @15

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la inmunoterapia se reduzcan al mínimo.

- 3.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la inmunoterapia que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice tratamiento con INMUNOTERAPIA.

En @13, a @02

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

REVOCACIÓN

Don/Doña de
..... años de edad. *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en y D.N.I.
nº

Don/Doña de
años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I.
nº

en calidad de de
.....
(Representante legal, familiar o allegado) *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En..... (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

- 1.- El tratamiento consiste en recibir un medicamento, la mayoría de las veces por vía subcutánea, de forma continuada durante varios meses.

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de **[Informe el campo "Diagnóstico"]** y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir inmunoterapia para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

- 2.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, por lo común una reacción de tipo gripal (fiebre, cansancio, dolor de cabeza, dolores musculares y escalofríos), bajadas de tensión. También puede aparecer pérdida de apetito, náuseas con o sin vómitos, diarrea, anemia, alteraciones hepáticas, alteraciones renales, ahogo o sarpullido. Más raramente puede aparecer dolor articular, dolor lumbar, trastornos del gusto, somnolencia, depresión, irritabilidad, alteraciones cardiovasculares, alteraciones pulmonares, alteraciones de la coagulación, disminución de glóbulos blancos (con el consiguiente riesgo de infecciones), sequedad de boca, caída del cabello, aumento de la sudoración, picores o inflamación de las mucosas.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de tratamiento farmacológico.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: **[Informe el campo "Riesgos Personalizados"]**.

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la inmunoterapia se reduzcan al mínimo.

- 3.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la inmunoterapia que se me propone.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Nº Historia: @01

Don/Doña: @03 de
@05 años de edad,
Con domicilio en @06 y DNI
Nº @04

Don/Doña: @07 de
@09 años de edad,
Con domicilio en @10 y DNI
Nº @08
En calidad de @11 de @03

DECLARO

Que el DOCTOR/A Don/Doña @12 me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir QUIMIOTERAPIA INTRATECAL.

- 1.- El objetivo de la técnica es prevenir o tratar la infiltración por células tumorales en el sistema nervioso central.

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de @14 y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir quimioterapia intensiva para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

- 2.- El tratamiento consiste en la administración de quimioterapia en el espacio intrarraquídeo, por medio de un catéter o mediante punciones lumbares (inyecciones entre los espacios intervertebrales de la espalda).
- 3.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes, trastornos digestivos (vómitos, diarreas, inflamación de mucosas –mucositis–), toxicidad hepática, hemorragias, trastornos hematopoyéticos como depresión de la médula ósea con leucopenia, trombocitopenia y anemia que pueden provocar infecciones, hemorragia y astenia; trastornos urogenitales como alteraciones en la menstruación, infertilidad, insuficiencia renal, trastornos del sistema nervioso como cefaleas, mareos, visión borrosa, afasia, confusión, hemiparesia, paresias transitorias, ataxias, convulsiones, aracnoiditis química (dolor de cabeza o nuca, fiebre, dolor de espalda), y leucoencefalopatía en pacientes que han recibido irradiación craneoespinal, otros efectos como osteoporosis malestar general, conjuntivitis, anafilaxia.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de antibióticos a dosis altas, antifúngicos y sangre o productos derivados de ella.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: @15

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la quimioterapia se reduzcan al mínimo.

- 4.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la quimioterapia que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice tratamiento con QUIMIOTERAPIA INTRATECAL.

En @13, a @02

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

REVOCACIÓN

Don/Doña de
..... años de edad.

(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I.
nº

Don/Doña de
años de edad.

(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I.
nº

en calidad de de

.....
(Representante legal, familiar o allegado)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

- 1.- El objetivo de la técnica es prevenir o tratar la infiltración por células tumorales en el peritoneo (cavidad abdominal).

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de **[Informe el campo "Diagnóstico"]** y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir quimioterapia intensiva para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

- 2.- El tratamiento consiste en la administración de quimioterapia en la cavidad abdominal , por medio de un catéter insertado en el abdomen.

- 3.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes, trastornos digestivos (vómitos, estreñimiento, inflamación de mucosas –mucositis–), toxicidad hepática, hemorragias, trastornos hematopoyéticos como depresión de la médula ósea con leucopenia, trombocitopenia y anemia que pueden provocar infecciones, hemorragia y astenia; trastornos urogenitales como alteraciones en la menstruación, insuficiencia renal, trastornos auditivos como alteraciones en la audición, trastornos neurológicos como alteración de los reflejos con disminución de la potencia neuromuscular, parestesias; otras como malestar general, conjuntivitis, anafilaxia.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de antibióticos a dosis altas, antifúngicos y sangre o productos derivados de ella.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: **[Informe el campo "Riesgos Personalizados"]**.

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la quimioterapia se reduzcan al mínimo.

- 4.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la quimioterapia que se me propone.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL

Nº Historia: @01

Don/Doña: @03 de
@05 años de edad,
Con domicilio en @06 y DNI
Nº @04

Don/Doña: @07 de
@09 años de edad,
Con domicilio en @10 y DNI
Nº @08
En calidad de @11 de @03

DECLARO

Que el DOCTOR/A Don/Doña @12 me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL.

1.- El objetivo de la técnica es prevenir o tratar la infiltración por células tumorales en el peritoneo (cavidad abdominal).

El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado/a de @14 y los médicos que me atienden consideran que sería conveniente recibir quimioterapia intensiva para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.

2.- El tratamiento consiste en la administración de quimioterapia en la cavidad abdominal, por medio de un catéter insertado en el abdomen.

3.- También me ha advertido el médico que los medicamentos que se emplean pueden producir efectos secundarios, siendo los más frecuentes, trastornos digestivos (vómitos, estreñimiento, inflamación de mucosas – mucositis–), toxicidad hepática, hemorragias, trastornos hematopoyéticos como depresión de la médula ósea con leucopenia, trombocitopenia y anemia que pueden provocar infecciones, hemorragia y astenia; trastornos urogenitales como alteraciones en la menstruación, insuficiencia renal, trastornos auditivos como alteraciones en la audición, trastornos neurológicos como alteración de los reflejos con disminución de la potencia neuromuscular, parestesias; otras como malestar general, conjuntivitis, anafilaxia.

Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de antibióticos a dosis altas, antifúngicos y sangre o productos derivados de ella.

Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso

mortales.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: @15

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la quimioterapia se reduzcan al mínimo.

- 4.- En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar la quimioterapia que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice tratamiento con QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL.

En @13, a @02

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

REVOCACIÓN

Don/Doña de
..... años de edad.

(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I.
nº

Don/Doña de
años de edad.

(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I.
nº

en calidad de de

.....
(Representante legal, familiar o allegado)
paciente)

(Nombre y dos apellidos del

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En..... (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico
familiar o allegado

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende eliminar los cálculos del riñón enfermo, mejorar los síntomas y prevenir posibles complicaciones producidas por los cálculos.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

- 2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.
- 3.- Mediante esta técnica, que es de cirugía abierta, se extraen los cálculos renales. En el caso de que los cálculos estén situados en la pelvis renal, se habla de pielolitectomía, mientras que en el caso de cálculos ramificados que ocupan por completo el sistema colectivo intrarenal, hablaremos de nefrolitotomía, con abordaje transparenquimatoso.
- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, como no conseguir la extracción de todos los cálculos, lo que haría precisos posteriores tratamientos complementarios, fundamentalmente litotricia extracorpórea, recidiva de los cálculos, desarrollo de estenosis de la unión pieloureteral por fibrosis, atrofia del parénquima renal, con pérdida parcial o total de su función, aparición de fístulas que producen colecciones de líquido en el espacio perirrenal, que precisarán su correspondiente tratamiento, infección del riñón (pielonefritis, abscesos renales, pionefrosis, perinefritis) que pueden producir complicaciones infecciosas de tipo general (bacteriemia y septicemia), hemorragia incoercible tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica, infección en sus diferentes grados de gravedad, dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria, fístulas temporales o permanentes; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizantes anormales; intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesis (aumento de la sensibilidad) o hipoestesis (disminución de la sensibilidad); eventración intestinal (salida del paquete intestinal a través de la herida) que pueden necesitar una intervención secundaria; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares, cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes, pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas, y cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como **[Ver Peculiaridades]** aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como **[Ver Riesgos personalizados]**.

6.- El médico me ha explicado que las alternativas son la netrolitotomía percutánea y el tratamiento con ondas de choque, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones,

CONSIENTO

Que se me realice CIRUGÍA DE LA LITIASIS RENAL.

DOCUMENTO DE DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Nº Historia: @01

Don/Doña: @03 de
@05 años de edad,
Con domicilio en @06 y DNI
Nº @04

Don/Doña: @07 de
@09 años de edad,
Con domicilio en @10 y DNI
Nº @08
En calidad de @11 de @03

DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña @12 me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar una @15 que tiene por objeto @16

El Doctor me ha informado de los riesgos que se derivan de no realizarse la técnica, que son @17

Y que en mi caso pueden acrecentarse por @18

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha de la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado.

Y en tales condiciones NO CONSIENTO someterme a @15

En @13, a @02

Fdo.- El médico

Fdo.- El paciente