



SANATORIO POSADAS S.A.
33-54613621-9
Junín 1840 - Posadas (3300)
Tel: 0376 4424460/4426100
e-mail: admin@sanatorio-posadas.com.ar

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

Art. 19 - Ley 17.132; Art. 13 - Ley 24.193

Posadas/...../.....

1- Yo por el presente autorizo al Dr./Dra.....
y a su equipo de profesionales a realizarme tratamiento de quimioterapia endovenosa con
..... que se realizará como tratamiento para un

2- El procedimiento enunciado en el punto 1 me ha sido totalmente explicado por mi médico tratante, por lo que entiendo la naturaleza, alcances, posibilidades y eventuales consecuencias de su realización, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos y efectos adversos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento mencionado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

a) Las complicaciones locales que pueden originarse como consecuencia de la realización de tratamientos de quimioterapia endovenosa podrán ser de tipo local o general. Las complicaciones locales están relacionadas con la eventual extravasación de la droga, o más frecuentemente irritación y/o lesiones temporarias en el lugar donde se coloca la aguja; y las generales podrán ser tales como: náuseas, vómitos leves o moderados, retención de líquidos, edema de miembros o cara, irritación en la boca, diarrea, cansancio, sensación de adormecimiento u hormigueo temporario en manos o pies, caída del cabello, reacciones en la piel, alergias, cambios temporarios en el conteo sanguíneo, estados de inmunodepresión, otras....., etc.

b) Me ha sido indicado que si con posterioridad a la sesión de quimioterapia experimento fiebre u otros efectos adversos debo ponerlo inmediatamente en conocimiento del médico y someterme a los controles que éste me indique.

3- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el médico me ha informado adecuadamente de las posibilidades y resultados esperados del procedimiento, no me ha sido garantizada la obtención de los mismos en su totalidad.

4- Me comprometo a cooperar cumpliendo fielmente las indicaciones que se me brinden durante toda la duración del tratamiento, así como informar en forma inmediata al médico sobre cualquier cambio que aparezca en la evolución normal de las zonas tratadas de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

5- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos que me pudieron haber sido realizados anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:

.....

6- He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al médico a realizarme el procedimiento mencionado en el punto 1.-

Firma y Aclaración del Paciente.....

Documento.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR, COMPLETAR:

El paciente es un menor de..... años de edad y yo/nosotros, el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es, encargado/s del paciente, y por la presente autorizo/autorizamos la realización del procedimiento mencionado en el punto 1.

Firma y Aclaración..... Documento.....

Parentesco..... Domicilio.....