

Consentimiento para recibir tratamiento oncológico médico

Quien suscribe _____, comprendo el tratamiento de mi enfermedad oncológica, según indicación de mi oncólogo/a tratante él/la Dr./Dra. _____ el cual me ha brindado información detallada y precisa del mismo.

Se me indicó un tratamiento de:

Quimioterapia Hormonoterapia Quimio/Radioterapia Terapia dirigida Inmunoterapia

El plan/droga indicado _____

Se administrará por vía: intravenosa oral subcutánea intramuscular

Acepto que otros profesionales médicos, licenciados o auxiliares en enfermería participen en la administración de este tratamiento y que dichos profesionales de la salud o administrativos del área vayan a participar en la coordinación del mismo.

Comprendo y acepto que dicho tratamiento puede ser beneficioso para el control de mi enfermedad, que los mismos pueden generar en mi cuerpo también efectos adversos o secundarios, lo que puede determinar la modificación de las dosis o del esquema de tratamiento, diferirlo o suspenderlo en forma transitoria o definitiva.

Comprendo que puedo interrumpir el tratamiento sin que ello afecte el vínculo con el médico ni con la Institución. Me informaron que mis datos personales comprendidos en la ley N 18331 tendrán un manejo privado, seguro y confidencial. Al firmar este documento estoy dando mi consentimiento en forma libre y voluntaria para recibir el tratamiento arriba mencionado.

Estos efectos secundarios pueden ser a corto o largo plazo, transitorios y reversibles o permanentes e irreversibles, pudiendo generar complicaciones severas. La medicación oncológica puede determinar daño fetal en las mujeres embarazadas. Es importante realizar medidas de planificación familiar eficaces para evitar el embarazo durante el

tratamiento. Ante duda/sospecha de embarazo debo comunicarme al médico en forma inmediata.

Recibí información sobre los posibles efectos que este tratamiento me pueden causar:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Alteraciones oculares |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello | <input type="checkbox"/> Encefalitis |
| <input type="checkbox"/> Descenso de las células de la sangre | <input type="checkbox"/> Alteraciones endocrinológicas |
| <input type="checkbox"/> Glóbulos blancos | <input type="checkbox"/> Hipo e Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Glóbulos rojos | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Plaquetas | <input type="checkbox"/> Insuficiencia adrenal |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Alteración en la función renal |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Alteraciones hepáticas |
| <input type="checkbox"/> Riesgo de infección | <input type="checkbox"/> Alteraciones en músculos y/o articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Riesgo de sangrado | <input type="checkbox"/> Alteraciones a nivel de los nervios |
| <input type="checkbox"/> Constipación/estreñimiento | <input type="checkbox"/> Efectos adversos en riñones y/o vejiga |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Alteraciones psico-cognitivas |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones Iones: sodio, potasio, magnesio, calcio | <input type="checkbox"/> Alteraciones cardíacas |
| <input type="checkbox"/> inflamación de boca/garganta | <input type="checkbox"/> Alteraciones respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el gusto/sabor | <input type="checkbox"/> Tos/fatiga |
| <input type="checkbox"/> Alopecia | <input type="checkbox"/> Laringitis/Bronquitis/Neumonitis/Pleuritis |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones en la piel | <input type="checkbox"/> Efectos en la sexualidad y/o fertilidad |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Rush/prurito | |
| <input type="checkbox"/> Vitiligo | |

Firma del paciente

Firma del médico

Firma del tutor o curador/testigo

Aclaración de Firma

Aclaración de Firma

Aclaración de Firma

Cedula de Identidad

Cedula de Identidad

Cedula de Identidad

Fecha

Fecha

Fecha