

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**PARA LA ADMINISTRACION DE CITOSTATICOS**

Como paciente, usted tiene derecho a ser informado sobre los beneficios y riesgos derivados del tratamiento quimioterápico que, debido a su patología neoplásica, se le propone administrar en esta Unidad de Oncología Médica.

El propósito de esta información no es alarmarle; es hacerle conocedor de los hechos, con el fin de que usted pueda autorizar o rechazar dicho tratamiento libre y voluntariamente.

Este tratamiento consiste en la administración de uno o varios fármacos, por vía oral o intravenosa, en ciclos repetidos periódicamente, durante varios meses, que el médico responsable de la Unidad le podrá especificar.

Los fármacos que se emplean pueden producir efectos secundarios, entre los cuales destacan: Caída del cabello; náuseas y/o vómitos; diarrea y/o estreñimiento; inflamación de mucosas digestivas (mucositis); disminución del recuento de leucocitos, con el consiguiente riesgo de infecciones, que puede suponer la necesidad de ingreso para la administración de antibióticos de amplio espectro; anemia, que puede suponer la necesidad de transfusión de hemáties; disminución del recuento de plaquetas, con el consiguiente riesgo de sangrado, que puede suponer la necesidad de transfusión de plaquetas. Además la quimioterapia puede causar trastornos a nivel cardiaco, renal, hepático, cutáneo, pulmonar, metabólico, gonadal, neurológico,...

Todas estas complicaciones suelen ser leves, aunque existe un pequeño riesgo de que sean graves e incluso mortales. El médico responsable de la Unidad le especificará el tipo de tratamiento indicado para su enfermedad, las toxicidades más frecuentemente asociadas al mismo y que medidas deberá tomar usted ante la sospecha de cualquiera de ellas.

**Declaraciones y firmas:**

Paciente: D./Dña. \_\_\_\_\_ .

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del tratamiento que se me va a administrar y de sus posibles complicaciones. He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente y comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Por tanto, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me administren el tratamiento quimioterápico que se me propone, por los profesionales que corresponda. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma del representante legal\*

Dr. \_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_

A causa de \_\_\_\_\_

Colegiado nº.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

En Teruel, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 200\_\_.

>>>

He decidido **NO AUTORIZAR** la administración del tratamiento que me ha sido propuesto.

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma del representante legal\*

Dr. \_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_

A causa de \_\_\_\_\_

Colegiado nº.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

En Teruel, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_.

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACION.**

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma del representante legal\*

Dr. \_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_

A causa de \_\_\_\_\_

Colegiado nº.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

En Teruel, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_.

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