

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE COBALTOTERAPIA.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, autorizo al **Dr./a.....**....., y a su equipo médico, a realizarme una tratamiento de cobaltoterapia indicado por mi médico tratante **Dr./a.....**..... La cobaltoterapia se llevará a cabo en.....-
2. Se me ha explicado que la **cobaltoterapia** es un tipo de radioterapia externa que consiste en la exposición del tejido tumoral a los rayos gamma. Para ello se utilizan las llamadas unidades de cobaltoterapia, que están provistas de un cabezal blindado que contiene el Cobalto 60, y de dispositivos para controlar en forma exacta el grado de exposición que cada caso en particular requiere para un adecuado tratamiento de la enfermedad.-
3. La dosis total de radiación y el número de sesiones que se necesitan dependen del tamaño y la localización de la lesión cancerígena a tratar (estirpe, localización, tamaño, etc), de su estado general de salud y de cualquier otro tratamiento que esté recibiendo.-
4. Se me ha explicado en qué consiste la cobaltoterapia y su forma de aplicación, 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:
 - 4.1 Las complicaciones o efectos adversos que pueden presentarse por el tratamiento radiante, en cualquiera de sus formas, e independientemente de su correcta aplicación, variarán dependiendo del tipo y localización de la formación tumoral, y los mismos incluyen a título ejemplificativo: fatiga, enrojecimiento o irritación de la piel, reducción de los glóbulos blancos, pérdida de pelo, dolor mamario, náuseas, vómitos o diarrea, irritación vesical, vaginal, alteraciones menstruales, afectación de la fertilidad, quemaduras, fibrosis actínica, irritaciones de vísceras huecas (intestino, vejiga, etc.) que pueden provocar oclusiones, fístulas, y riesgo de desarrollar nueva neoplasia.
 - 4.2 Las lesiones secundarias o la toxicidad provocada por la aplicación de cobaltoterapia, en cualquiera de sus formas, pueden aparecer en forma simultánea a la realización de la cobaltoterapia o en otro momento distante en el tiempo. Las lesiones secundarias y/o toxicidad de la cobaltoterapia pueden ser transitorias o permanentes.-
 - 4.3. Especialmente se me ha advertido que si rechazo la realización del tratamiento indicado, o sus alternativos, presento un alto riesgo de padecer las complicaciones propias de la patología diagnosticada, imposibilitando así mis chances de curación, con evolución desfavorable de mi estado general de salud, poniendo así en riesgo mi vida.
5. Se me ha aclarado que existen tratamientos alternativos para atender la patología diagnosticada, como ser....., aunque aclarándoseme que para el estado y características de mi enfermedad mi médico tratante recomienda apelar a la cobaltoterapia.
6. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que..... (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean

extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

7. 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 han sido garantizados la obtención de los mismos.
8. 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 apareciera en la evolución normal de las zonas tratadas de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
9. 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 realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:.....
.....
10. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado.
11. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
12. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

