

## **TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA**

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO PROPUESTO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

### **COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE "TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA"**

Por la presente, tomo conocimiento que el acto médico de "TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA" se realiza con cobertura financiera del FONDO NACIONAL DE RECURSOS (FNR). El Fondo Nacional de Recursos ha sido creado por ley y tiene como cometido el financiar ciertos actos médicos especializados y costosos de manera igualitaria para todos los habitantes del país.

### **Riesgos y posibles complicaciones del tratamiento propuesto**

Los efectos adversos más importantes del tratamiento con TOXINA BOTULINICA son: reacciones alergias, irritación en el sitio de administración, sequedad de boca, mareos, somnolencia, fatiga, visión borrosa, dolor de cabeza, debilidad muscular excesiva, disfgaia, neumonía por aspiración, trastornos del habla.

### **Riesgos y posibles complicaciones personalizadas**

### **DERECHO A NO CONSENTIR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO**

Se me informa que puedo no consentir la realización del referido tratamiento y que en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puedo revocar este consentimiento.

### **PARTICIPACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS**

He sido informado que el FNR tiene como única obligación respecto a mí, en esta instancia, el financiamiento del acto referido y cumplirá satisfactoriamente la misma con la cobertura financiera de dicho acto médico siempre que el mismo se encuentre dentro de su normativa de cobertura y se realice dentro de los protocolos vigentes.

Tomo conocimiento que la selección del medicamento que será financiado por el FNR para dar cumplimiento a la cobertura del tratamiento es potestad de éste, con la condición de que se trate de toxina botulínica registrada y autorizada por el M.S.P.

En caso de que el paciente requiera una mayor información sobre el procedimiento financiado, puede dirigirse vía telefónica a la línea abierta del FNR al 0800 1980, ingresar a la pagina Web del Fondo Nacional de Recursos [www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy) o dirigirse por vía mail [fnr@fnr.gub.uy](mailto:fnr@fnr.gub.uy) o personalmente a la calle 18 de Julio 985 – Piso Cuarto – Galería Cristal en el horario de 9 a 17 horas.

### **EXPLICACIONES**

Por último, hago constar que:

- a) He sido adecuadamente y debidamente informado (a) respecto a mi enfermedad, las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias, así como las posibles consecuencias de la no realización de las mismas.
- b) Se me ha hecho saber, asimismo, sobre el tratamiento planteado las razones que lo motivan y los riesgos y complicaciones que del mismo surgen o se derivan, lo que –por lo tanto- no permite asegurar un resultado.

- c) Por tanto, dejo constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, que comprendo el tratamiento que se me propone y sus consecuencias.
- d) Por último, hago constar que he comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, permitiéndome el médico informante hacer todas las observaciones y consultas que estimé necesarias y aclarándome las dudas que he planteado.
- e) He entendido la importancia de cumplir el tratamiento y que deberé continuar en control Médico; realizándome análisis periódicamente por años.

**Firmo como expresión  
de mi decisión informada**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del neurólogo tratante

\_\_\_\_\_  
Cedula de Identidad

\_\_\_\_\_  
Caja Profesional