

TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CON VALGANCICLOVIR

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO PROPUESTO

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: ____ Domicilio: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO "TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS CON VALGANCICLOVIR"

Por la presente, tomo conocimiento que el acto médico "**Tratamiento de la Infección por Citomegalovirus con Valganciclovir**" 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.

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 VALGANCICLOVIR registrado y autorizado por el M.S.P.

Riesgos y posibles complicaciones del tratamiento propuesto

Los efectos adversos más frecuentes que se presentan en el tratamiento con **Valganciclovir** son: Anemia y disminución de las plaquetas y glóbulos blancos, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, insomnio, fiebre. Puede presentarse desprendimiento de retina.

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.

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 página Web del Fondo Nacional de Recursos www.fnr.gub.uy o dirigirse por vía mail 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:

- 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.
- 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.
- 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 médico tratante

Cedula de Identidad

Caja Profesional