

## Trasplante de médula ósea Trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH)

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO PROPUESTO

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

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

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

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

### COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH)

Tomo conocimiento que el acto médico Trasplante de médula ósea **trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH)** se realiza con cobertura financiera del FONDO NACIONAL DE RECURSOS (en adelante FNR).

El FNR es un organismo público no estatal creado por el decreto Ley 14.897 en 1980 y luego por la Ley 16.343 de 1992 cuya misión es financiar algunos procedimientos costosos y de alta complejidad que se realizan en los Institutos de Medicina Altamente especializada (IMAE). La Ley 17930 en su art. 313 de 2005 amplió sus competencias al incorporar los medicamentos a su cobertura.

### RIESGOS DEL TRATAMIENTO

#### Riesgos y complicaciones del tratamiento propuesto.

Los posibles riesgos se pueden dividir en complicaciones del acondicionamiento, enfermedad injerto versus huésped agudo y crónico, fracaso del trasplante, las cuales pueden ocasionar riesgo de vida.

#### Complicaciones del condicionamiento:

- Náuseas y vómitos
- Diarrea
- Mucositis – dolor en la boca y garganta
- Caída del pelo del cuerpo o del cuero cabelludo
- Pérdida de las funciones medulares, aplasia
- Neumonía
- Edemas de miembros y órganos
- Enfermedad venooclusiva
- Ictericia y edema abdominal, afectación del hígado
- Fiebre, Infecciones
- Menopausia prematura
- Esterilidad transitoria o permanente
- Retraso del crecimiento
- Cataratas
- Toxicidad de otros órganos que pueden ocasionar convulsiones, afectación renal y cardíaca

#### Enfermedad injerto versus huésped aguda

Erupción, ardor y enrojecimiento de la piel  
Ampollas  
Nauseas vómitos calambres abdominales, anorexia  
Ictericia

#### Enfermedad injerto versus huésped crónica

Erupción y prurito en piel  
Descamación de la piel  
Cambios en la textura de la piel.

#### Fracaso del trasplante

Por no destrucción de todas las células del cáncer lo cual lleva a la recaída  
Porque la médula ósea infundida no crece lo cual significa la muerte

#### Riesgos personalizados.

Asimismo pueden existir riesgos que estén relacionados con las circunstancias personales del paciente, estado previo de salud, edad, o cualquier otra situación particular y que en su caso pueden ser los siguientes:

### PARTICIPACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

He sido informado que el FNR tiene como única obligación respecto a mí el financiamiento del procedimiento médico referido y cumplirá con ello siempre que sus indicaciones y protocolos de realización se encuentren comprendidos dentro la normativa de cobertura vigente.

Desde el 2007 el FNR forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y las prestaciones que financia son complementarias a las que brindan las instituciones de asistencia médica integral.

De acuerdo a la Ley 19.355 de 2015 se faculta al Fondo Nacional de Recursos a realizar auditorías en las Historias clínicas de los pacientes de los institutos y entidades a quienes se les financien actos médicos o medicamentos.

En caso de requerir una mayor información sobre el procedimiento financiado, puedo consultar por 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](http://www.fnr.gub.uy), dirigirme por vía mail a [fnr@fnr.gub.uy](mailto:fnr@fnr.gub.uy), o concurrir personalmente a la calle 18 de Julio 985 – Piso Cuarto – Galería Cristal en el horario de 9 a 17 horas.

### 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.

#### Por último, hago constar que:

- He sido adecuadamente y oportunamente 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 han hecho saber las razones que motivan el tratamiento planteado, los probables riesgos, complicaciones y resultados que del mismo pueden surgir.
- Dejo constancia que he comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, permitiéndome el médico informante hacer todas las consultas y observaciones que estimé necesarias y aclarándome las dudas que le he planteado.
- He entendido la importancia de cumplir el tratamiento y que deberé continuar en control médico realizándome análisis periódicamente de acuerdo a lo que me indique el médico tratante.

#### Firmo como expresión de mi decisión informada

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

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante

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

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

#### Las siguientes son situaciones especiales en las cuales no firma el paciente:

Paciente circunstancialmente impedido de entender y consentir por razones de su estado de salud.	<b>a)</b> Firmará el familiar, cónyuge o concubino que lo acompañe. <b>b)</b> Si no se encuentra acompañado firmarán dos testigos, uno de los cuales puede ser el médico.
Paciente menor de 18 años	Deberá firmar su padre, madre o tutor.
Paciente declarado legalmente incapaz	Deberá firmar su curador.

En todos los casos se deberá dejar constancia de: **a)** la calidad en que se firma (padre, madre, tutor, familiar, esposo, concubino o testigo) **b)** la imposibilidad del paciente de hacerlo. **c)** siempre deberá firmar el médico tratante

Nombre de quien firma.....CI .....

Vínculo con el paciente: Padre /Madre  Tutor  Curador  Testigo

Causa de la imposibilidad: Impedimento circunstancial  Menor de 18 años  Incapacidad legal

\_\_\_\_\_  
Firma en representación del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante

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

## CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DATOS PERSONALES EN EVALUACIONES DE RESULTADOS SANITARIOS

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es una persona pública no estatal creado en 1980 y regulado por la Ley 16.343 de 1992, cuya misión es financiar en forma eficiente procedimientos de medicina altamente especializada y medicamentos de alto precio, comprendidos en las normativas de cobertura vigentes, para los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, contribuyendo a la mejora de la calidad y la sostenibilidad económico-financiera del sistema".

El art. 465 de la Ley 19.355, faculta al FNR a realizar auditorías en las Historias clínicas de los pacientes de los institutos y entidades a quienes se les financian actos médicos o medicamentos con la finalidad de que las prestaciones asistenciales se desarrollen con los mejores estándares de calidad y de seguridad.

Para cumplir tal cometido, un equipo de técnicos del FNR realiza auditorias y evaluaciones de resultados de los procedimientos y medicamentos financiados.

Estas evaluaciones también pueden ser realizadas por entidades académicas o científicas debidamente avaladas por el FNR.

Para que esto último pueda llevarse a cabo, es necesario que usted otorgue el consentimiento a efectos de que la información que resulta de su tratamiento forme parte de las evaluaciones referidas.

La información que se utilice no identificará a su persona bajo ningún concepto, ya que los datos se manejan de forma innominada, es decir, anónima.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento y sin expresión de causa alguna, sin que ello altere la cobertura financiera de esta Institución.

---

### **Por las razones expresadas, que he comprendido, puedo consentir:**

Que la información que surge de los registros existentes en el Fondo Nacional de Recursos, en cuanto a la prestación que se me brinda actualmente, pueda ser utilizada por los técnicos del organismo o entidades académicas o científicas debidamente avaladas por el FNR, con el único objetivo de realizar evaluaciones de los resultados y manteniendo siempre la reserva de mis datos personales.

### **Marque con una cruz lo que corresponda.**

**Si autorizo**

**No autorizo**

---

**Firma del paciente**

---

**Cedula de Identidad**

**De no saber o no poder firmar, se recabará la huella digital y la firma de dos testigos.**

**Las siguientes son situaciones especiales en las cuales no firma el paciente:**

<p><b>Paciente circunstancialmente impedido</b> de entender y consentir por razones de su estado de salud.</p>	<p><b>c)</b> Firmará el familiar, cónyuge o concubino que lo acompañe. <b>d)</b> Si no se encuentra acompañado firmarán dos testigos, uno de los cuales puede ser el médico.</p>
<p>Paciente menor <b>de 18 años</b></p>	<p>Deberá firmar su padre, madre o tutor.</p>
<p>Paciente declarado <b>legalmente incapaz</b></p>	<p>Deberá firmar su curador.</p>

**En todos los casos se deberá dejar constancia de:** a) la calidad en que se firma (padre, madre, tutor, familiar, esposo, concubino o testigo) b) la imposibilidad del paciente de hacerlo. c) siempre deberá firmar el médico tratante.

**Nombre de quien firma.....CI .....**

**Vínculo con el paciente:** Padre /Madre  Tutor  Curador  Testigo

**Causa de la imposibilidad:** Impedimento circunstancial  Menor de 18 años   
Incapacidad legal