

TRATAMIENTO CON FULVESTRANT

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 CON FULVESTRANT"

Por la presente, tomo conocimiento que el acto médico "**Tratamiento con Fulvestrant**" 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 un Fulvestrant 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 **Fulvestrant** son: vasodilatación, dolor de cabeza, dolor, sofocos, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal, reacciones en el sitio de punción, rubor, debilidad, dolores óseos, dolor de espalda, faringitis, disnea, cambios en el deseo sexual, infecciones genitales en las mujeres, flujo y prurito vaginal.

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 **Fulvestrant** registrado y autorizado por el M.S.P.

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:

- 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.

**Firma como expresión
de mi decisión informada**

Firma del paciente

Firma del médico tratante

Cedula de Identidad

Caja Profesional