

## **TRATAMIENTO DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CON TEMOZOLAMIDA**

### **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 TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CON TEMOZOLAMIDA**

Por la presente, tomo conocimiento que el acto médico "**Tratamiento de Tumores del Sistema Nervioso Central con Temozolamida**" 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 Temozolamida registrada y autorizada por el M.S.P.

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

Los efectos adversos más frecuentes que se presentan en el tratamiento con TEMOZOLAMIDA son: riesgos de infecciones, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, estreñimiento, pérdida del apetito, caída del cabello, erupción cutánea, sensación de cansancio, debilidad, incoordinación. Fiebre. Edemas periféricos. Anemia, disminución de las plaquetas y de los glóbulos blancos.

#### **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](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 médico tratante

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

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