

TRATAMIENTO SISTÉMICO DEL CÁNCER COLO – RECTAL CON BEVACIZUMAB

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 BEVACIZUMAB”

Por la presente, tomo conocimiento que el acto médico de “TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB” 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 BEVACIZUMAB registrado y autorizado por el M.S.P.

Riesgos y posibles complicaciones del tratamiento propuesto

Los efectos adversos más importantes del tratamiento con BEVACIZUMAB son:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PERFORACIONES GASTROINTESTINALES Y FÍSTULAS, TROMBOEMBOLISMOS ARTERIALES Y VENOSOS, HEMORRAGIAS, PROTEINURIA. PUEDE OCASIONAR PROBLEMAS EN LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS.

A ESTO SE SUMAN LOS EFECTOS SECUNDARIOS PROPIOS DE LAS MEDICACIONES (QUIMIOTERAPICOS) QUE SE ADMINISTRAN EN FORMA CONJUNTA EN EL PLAN TERAPÉUTICO.

Riesgos y posibles complicaciones personalizados (a llenar por Médico Oncólogo Tratante)

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, que el tratamiento planteado constituye un complemento que forma parte del plan terapéutico de mi enfermedad, con la intención de optimizar los logros terapéuticos.
- c) Se me explicaron 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.
- d) Por tanto, dejo constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, que comprendo el tratamiento que se me propone y sus consecuencias.
- e) Asimismo, autorizo al equipo médico tratante a disponer y proveer todo servicio adicional que considere necesario para efectivizar en forma correcta el tratamiento planeado.
- f) 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.
- g) He entendido la importancia de cumplir el tratamiento y luego de finalizado el mismo, deberé continuar en control Médico hasta al menos 5 años de haber terminado el tratamiento que hoy recibo.

**Firmo como expresión
de mi decisión informada**

Firma del paciente

Cedula de Identidad

Firma del médico tratante

Caja Profesional