

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA ESPECIALIDAD DE ONCOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento con inmunoterapia antitumoral consiste en la administración de fármacos por vía intravenosa o subcutánea, en pacientes diagnosticados de una neoplasia.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El principal objetivo es frenar y reducir la enfermedad. En algunos casos el objetivo es la curación. En caso de no alcanzarse la curación, los objetivos del tratamiento son la reducción del tumor, la prolongación de la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente. Si el tratamiento se emplea como tratamiento coadyuvante, el objetivo es prevenir la manifestación futura de la enfermedad.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Otros tratamientos que luchan contra la enfermedad son; la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, la hormonoterapia, y los inhibidores de señales intracelulares.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Este tipo de fármacos actúa sobre las células tumorales directamente o a través del sistema inmunitario del paciente, provocando los efectos beneficiosos, pero también sobre los órganos normales del paciente, produciendo los efectos tóxicos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización del tratamiento inmunoterápico supone el crecimiento de las células que componen su enfermedad, las cuales pueden afectar a otros órganos y alterar su función.

RIESGOS FRECUENTES

TOXICIDAD ASOCIADA A LA INMUNOTERAPIA:

A. Reacciones agudas (durante su administración o a las pocas horas de su administración).

Frecuentes:

1. Fiebre.
2. Artromialgias.
3. Anorexia.
4. Hipersensibilidad.

Poco frecuentes pero potencialmente graves:

1. Reacciones anafilácticas, en ocasiones con riesgo vital.
2. Hipotensión.
3. Depresión severa .

B. Reacciones precoces (entre días y semanas).

C. INFORMADO DE TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

Frecuentes

1. Mielosupresión o disminución de células en sangre periférica.
2. Elevación de enzimas hepáticos.
3. Caída parcial del cabello o decoloración del mismo.
4. Lesiones cutáneas.
5. Pigmentación amarillenta de la piel.
6. Astenia o cansancio.
7. Falta de apetito sexual e impotencia.

Poco frecuentes pero potencialmente graves

1. Fiebre como consecuencia del descenso de leucocitos.
2. Anemia severa.
3. Trombopenia (descenso de plaquetas), que puede traducirse en signos de sangrado.
4. Tos.
5. Disnea.
6. Proteinuria.

C. Reacciones tardías (semanas a meses)

Frecuentes:

1. Astenia.
2. Anorexia.
3. Depresión.
4. Mielosupresión.
5. Artromialgias.
6. Fiebre.
7. Elevación de enzimas hepáticos.

Poco frecuentes pero potencialmente graves.

1. Toxicidad sobre el riñón el corazón, el pulmón, el hígado o el sistema nervioso y esterilidad.

La mayoría de las toxicidades son leves y transitorias. Su médico le informará cómo se pueden aliviar o prevenir algunas de ellas. En casos excepcionales, las reacciones tóxicas pueden ser severas y ocasionalmente producir un desenlace fatal.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA