

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER INFANTIL

Yo, nosotros..... padre, madre, representante legal, declaro que he(mos) sido informado(s) que mi hijo(a).....padece de la enfermedad llamada....., que es un tipo de **cáncer infantil**.

El cáncer es una enfermedad que produce la muerte si no es tratada, pero puede ser curada o aliviada con un tratamiento médico adecuado.

El médico..... representante del equipo tratante me ha(n) comunicado los detalles referentes al diagnóstico, tratamiento, evolución de la enfermedad, posibilidad de curación así como las posibles complicaciones que pueden aparecer como consecuencia ya sea de la enfermedad como de los procedimientos diagnósticos y/o del tratamiento.

Se me (nos) explicó que para el tratamiento de esta enfermedad se necesita realizar una serie de exámenes de sangre, orina, radiografías corrientes y especiales (ecografías, cintigramas, tomografías, resonancias), además de procedimientos quirúrgicos destinados a obtener muestras de tejidos (biopsia) o punciones diversas (mielograma, ganglio, punción lumbar).

He(mos) sido informado(s) que cada uno de estos procedimientos son indispensables pero pueden, en raras ocasiones, producir lesiones transitorias o permanentes.

Se me (nos) informó que el tratamiento que se aplicará a mi hijo(a) corresponde al Protocolo Nacional PINDA....., basado en tratamientos probados previamente, en otros países, y demostrado su utilidad, el mejor hasta la fecha. Este tratamiento se aplica en todos los hospitales del país que tratan niños con cáncer. La duración del tratamiento es de meses hasta años dependiendo del diagnóstico.

He(mos) comprendido que hasta ahora el cáncer no se cura en un 100% y que a pesar del tratamiento, pueden presentarse recaídas y en esa situación se discutirá con nosotros la posibilidad de otro tratamiento.

También se me (nos) ha explicado que aún en los mejores centros del extranjero hay fracasos en el tratamiento y se pueden producir recaídas.

El tratamiento consiste en administrar medicamentos anticancerosos (quimioterapia) que varían según el tipo de cáncer. En algunos casos se incluye cirugía (biopsia, resección de tumor, colocación de catéter). Otros pacientes además requieren de radiación (radioterapia) como parte de su tratamiento.

He(mos) sido informados que tanto por la enfermedad como por el tratamiento (quimioterapia o radioterapia) se pueden producir efectos secundarios, no

deseables, como: vómitos, caída del pelo, inflamación de las mucosas, baja de glóbulos blancos que condiciona infecciones, que requieren de hospitalización y tratamiento antibiótico, baja de glóbulos rojos (anemia) y de plaquetas (condiciona sangramientos) que requieren transfusiones.

Me(nos) han dado la seguridad, que me explicarán los pasos del tratamiento, los procedimientos necesarios, que se adoptarán todas las medidas de prevención para evitar o disminuir las complicaciones o accidentes durante el tratamiento y que realizarán todos los esfuerzos a su alcance para lograr la curación de mi (nuestro) hijo(a). Además se me(nos) resolverán todas las dudas.

Autorizo(amos) a que los datos en relación al diagnóstico, resultados de exámenes, evolución de mi (nuestro) hijo(a) puedan ser utilizados como fines docentes, para el avance de la medicina, pero sin identificación de mi(nuestro)hijo(a), es decir que no se sepa a quien pertenecen

Después de haber realizado todas las preguntas que me parecen necesarias y de haber leído cuidadosamente el presente documento doy (damos) el consentimiento para que se aplique el Protocoloa mi (nuestro) hijo(a) en el Hospital

Me comprometo a seguir las instrucciones del equipo tratante, ya que estoy consciente que todas las acciones, tanto del equipo médico como nuestras deben estar dirigidas al bienestar de mi (nuestro) hijo(a).

Nombre.....
..... RUT.....Firma

Nombre.....
..... RUT.....Firma

Médico Equipo
Oncología.....
Hospital.....
..... RUT.....Firma

Fecha.....

NOTA Si usted no acepta este consentimiento, debe rechazarlo por escrito en este documento. En esta situación usted debe consultar otra opinión calificada (hemato-oncólogo pediatra) y en ningún caso puede dejar a su hijo(a) sin tratamiento.