

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACTO MÉDICO SOLICITADO: **TRATAMIENTO CON RITUXIMAB**

Montevideo, a días del mes de de 20....., estando en la Institución

de Asistencia o Centro Hospitalario..... se procede a la realización del presente consentimiento informado, el que es llenado en presencia del paciente y el médico tratante que lo firman.

1) DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Nombre:	
C.I.:	
Edad:	
Estado Civil:	
Domicilio:	
Teléfono:	
Estudios cursados:	

2) COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE “TRATAMIENTO CON RITUXIMAB”:

Por la presente, tomo conocimiento que el acto médico de “Tratamiento con Rituximab” se realiza bajo cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos. 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.

3) DERECHO A NO CONSENTIR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO:

Se me informa expresamente que puedo no consentir la realización del referido acto médico, así como, **en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación alguna**, puedo revocar el consentimiento luego de haberlo otorgado.

4) PARTICIPACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS:

Establezco de manera expresa que, el Fondo Nacional de Recursos, tiene como única obligación respecto a mí, en esta instancia, la del financiamiento del tratamiento con Rituximab y cumplirá satisfactoriamente la misma con la cobertura financiera de dicho acto médico.

5) EXPLICACIONES:

- a. He sido adecuada 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. 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.
- c. Por tanto, dejo constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, que comprendo el tratamiento que se me propone y sus consecuencias.
- d. Asimismo, autorizo al equipo médico tratante a disponer y proveer todo servicio adicional que considere necesario para efectivizar en forma correcta el tratamiento planeado.
- e. 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.
- f. 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.

.....
Nombre PACIENTE

.....
Nombre MÉDICO TRATANTE

.....
Firma Paciente

.....
Firma Médico tratante

Vínculo con el paciente si corresponde

.....
Nombre TESTIGO

.....
Firma Testigo

ATENCIÓN: En caso de tratarse de menores de 18 años deberá firmar su padre, madre o tutor y si se trata de incapaces su curador, los que deberán acreditar al médico tratante su calidad de tales y se establecerá expresamente en este documento.