

Consentimiento informado para administración de
DOSIS TERAPÉUTICA DE IODO 131

Apellido y Nombre del paciente:.....
Dosis terapéutica por CA tiroideo mCi Fecha de Administración://
Hora:: Médico Solicitante:

He comprendido las indicaciones que me fueron entregadas por escrito previas a la administración de una dosis terapéutica de Iodo 131 para tratamiento de carcinoma tiroideo y las precauciones que debo tener luego de la ingesta del material radioactivo, incluyendo medidas de radioprotección del público.

En caso de ser paciente de sexo femenino continuar lectura párrafo siguiente:

Se me ha recomendado adoptar formas de anticoncepción eficaces durante 6 (seis) meses posteriores a este tratamiento. He sido informada de que el embarazo es una contraindicación para el tratamiento, por lo que entrego en este momento un examen de laboratorio que avala que no estoy embarazada.

Se me hace entrega de una copia de las guías básicas de radioprotección para pacientes tratados con Iodo 131.

Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quien evaluó que la administración de yodo radiactivo es el mejor y más apto para mi condición.

Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.

Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este consentimiento las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos.

Las partes constituyen sus domicilios en los que aquí constan donde serán válidas todas las comunicaciones. El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L y será guardado y resguardado por éste, durante el plazo de ley, quien así se constituye en su depositario.

CONSENTIMIENTO

Continúa

CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea administrada una **DOSIS TERAPÉUTICA DE IODO 131**. (tachar lo que no corresponda).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, de de

Testigo		Paciente	
D.N.I	Firma	D.N.I	Firma
Representante legal		Médico	
D.N.I	Firma	Nº Matrícula	Firma

