



**CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA DE RADIACIÓN PARA LA CÚPULA VAGINAL/EL CUELLO DEL ÚTERO/ÚTERO
CON BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA
(CONSENT FOR RADIATION THERAPY TO THE VAGINAL CUFF/CERVIX/UTERUS WITH INTRACAVIATRY BRANCHY THERAPY)**

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____ MR#: _____
(Nombre en imprenta)

A LA PACIENTE: Se le ha dado información sobre su condición y la terapia de radiación recomendada. Este formulario de consentimiento es una confirmación escrita de esa conversación para que esté mejor informada para dar o retirar su consentimiento al curso de tratamiento propuesto.

Me han explicado mi condición y la necesidad de tratamiento. Se han analizado los tratamientos alternativos conmigo y entiendo las probables consecuencias si no se administra ningún tratamiento.

Se ha propuesto la terapia de radiación para mi tratamiento. Entiendo que me la administrarán en la vagina/cúpula vaginal, y entiendo que mi médico continuará los tratamientos que considere aconsejables. El beneficio potencial de este tratamiento es que disminuirá significativamente el riesgo de recurrencia del tumor en los órganos pélvicos/reproductivos.

El médico me ha explicado los efectos secundarios del tratamiento. Entiendo que existe un pequeño riesgo de complicaciones significativas y me han explicado una lista más completa de efectos secundarios posibles que se encuentra al dorso de este formulario. Entiendo que a pesar de todas las precauciones tomadas, pueden aparecer complicaciones inesperadas.

Consiento a que me tomen fotografías de tanto en tanto para mi registro permanente y entiendo que las porciones no identificables de estas fotografías se pueden publicar.

Consiento que se me realice el tratamiento y que los registros de seguimiento se revisen en el futuro como parte de un estudio. Entiendo que se mantendrá mi confidencialidad en todo momento.

Después de haber leído este formulario y hablado con mis médicos, entiendo los beneficios potenciales y los riesgos del curso del Tratamiento de radiación propuesto. También entiendo que los tipos razonables de tratamiento alternativo podrían incluir quimioterapia o ningún tratamiento dirigido. No se me han dado garantías ni hecho promesas con respecto al resultado del tratamiento.

También autorizo al Hospital y al médico o médicos mencionados arriba a que tomen fotografías, video y/o usen cualquier otro medio que dé como resultado la documentación permanente de mi imagen para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre que no revelen mi identidad. Accedo a que el Hospital se deshaga de todas las fotografías tomadas según esta autorización, que no se requiera retener por ley, siempre que la forma de eliminación sea la destrucción permanente.

Consiento que me realicen la simulación/planificación de radiación y los tratamientos antes descritos administrados bajo la dirección de mi oncólogo de radiación de cabecera, que puede ser asistido por otros médicos, personal de enfermería y técnicos afiliados al Hospital.

SÓLO PARA MUJERES: _____ (iniciales)

No estoy embarazada ahora y no tengo motivo para sospechar que estoy embarazada.

Entiendo que existe un riesgo potencial para el feto si quedo embarazada durante el tratamiento.

Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

Iniciales de la paciente: _____



CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA DE RADIACIÓN PARA LA CÚPULA VAGINAL/EL CUELLO DEL ÚTERO/ÚTERO CON BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA DE RADIACIÓN PARA LA VAGINA/CÚPULA VAGINAL

Entiendo que cualquier tratamiento puede incluir efectos secundarios así como el riesgo de complicaciones más graves. Me han explicado que cada paciente reacciona de forma diferente al tratamiento y que puedo experimentar ninguna, alguna o todas estas reacciones en distintos grados de intensidad. Además entiendo que si se administran otros tipos de tratamiento junto con la terapia de radiación, algunas de las reacciones pueden ser mayores o más frecuentes que si la terapia de radiación se administrara por sí sola.

Las reacciones pueden incluir lo siguiente, pero no necesariamente se limitan a:

Reacciones durante la terapia de radiación

Comunes:

- Fatiga
- Diarrea
- Infección en la vejiga (de la colocación del catéter Foley)
- Irritación/dolor vaginal
- Aumento de la frecuencia urinaria
- Urgencia urinaria
- Irritación anal (por colocación de tubo rectal)

Poco comunes: ocurren en 1-5% de las personas tratadas

- Náuseas y vómitos

Reacciones a largo plazo

Comunes:

- Estenosis vaginal asintomática
- Disminución de secreciones vaginales

Poco comunes: ocurren en 1-5% de las personas tratadas

- Pequeña hemorragia ocasional de vejiga, vagina o recto
- Diarrea crónica
- Frecuencia urinaria crónica o disuria
- Cicatrices en la vagina que provocan dolor durante el coito

Raros: ocurren en menos del 1% de las personas tratadas

- Complicaciones intestinales que requieren un procedimiento quirúrgico
- Complicaciones urinarias que requieren un procedimiento quirúrgico
- Formación de una fístula
- Cáncer en el área tratada causado por radiación
- Ulceración dolorosa e infección en el área tratada
- Dehiscencia de la cúpula vaginal (<0.24%)

Se me han explicado las posibles reacciones y los efectos secundarios al tratamiento. Me respondieron las preguntas. Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

Oncólogo de radiación

Fecha: _____ Hora: _____

Paciente o representante legalmente autorizado

Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

Intérprete

Fecha: _____ Hora: _____

LA PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA FOTOGRAFÍA (☐)PORQUE:

_____ Fecha: _____ Hora _____

_____ Médico

_____ Fecha: _____ Hora _____

_____ Testigo