



**HARTFORD HOSPITAL
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA ONCOLÓGICA**

**CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA DE RADIACIÓN PARA LINFOMA HODGKIN DE
CÉLULAS DEL MANTO**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ MR#: _____
(Nombre en imprenta)

AL 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 informado para dar o retirar su consentimiento al curso de terapia propuesta.

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 las áreas de los ganglios linfáticos del pecho, las axilas y el cuello y que llevará aproximadamente 5 semanas. El beneficio potencial de este tratamiento es que disminuirá significativamente el riesgo de recurrencia del linfoma.

Los efectos secundarios de la terapia de radiación pueden incluir leve cansancio y algún daño a los tejidos normales en el área que recibe tratamiento, tales como reacciones en la piel. 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.

Autorizo la extracción de sangre para pruebas de tanto en tanto según lo indique mi médico.

Autorizo que me marquen la piel con pequeñas marcas permanentes para ayudar a localizar el área que me tratarán.

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 de la terapia de radiación propuesta. También entiendo que los tipos razonables de tratamiento alternativo podrían incluir quimioterapia, cirugía 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.

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: _____



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

Médico Fecha: _____ Hora: _____

Testigo Fecha: _____ Hora: _____

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA DE RADIACIÓN EN LAS ÁREAS DEL PECHO, LAS AXILAS Y EL CUELLO

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 inmediatas

Comunes:

- Cansancio
- Enrojecimiento e irritación de la piel
- Dificultades al tragar
- Náuseas y vómitos
- Disminución del recuento de células sanguíneas
- Pérdida temporal del cabello
- Culebrilla (herpes zoster)
- Pérdida de peso
- Cambios temporarios en el sentido del gusto
- Sequedad de la boca

Poco comunes:

- Ampollas de la piel

Reacciones a largo plazo

Comunes:

- Disfunción tiroidea
- Culebrilla (herpes zoster)
- Sensación de choque eléctrico al inclinar el cuello (síndrome de Lhermitte)

Poco comunes:

- Tumores causados por radiación
- NOTA:** En particular, el cáncer de mama causado por radiación está relacionado con la edad de la paciente y, en las mujeres jóvenes, el riesgo es mucho más elevado que en mujeres de mayor edad.
- Caries
 - Inflamación y cicatrización del pulmón

Raros:

Inflamación del corazón

Sumamente raros:

- Colapso pulmonar
- Ataque cardíaco
- Latidos cardíacos irregulares
- Lesión de la médula espinal
- Cicatrización pulmonar con falta de aire crónica
- Daño a los nervios
- Función cardíaca disminuida

Se me han explicado las posibles reacciones y los efectos secundarios al tratamiento. Me respondieron las preguntas.

Iniciales del paciente: _____