hm hospitales

Servicio de Oncología Radioterápica

Consentimiento informado de tratamiento con braquiterapia

PACIENTE.....

DNI: .....

Nombre del Médico que informa: .....

Nº de Colegiado: é é é é é é ..

Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas terapéuticas necesarias para su salud y bienestar.

Ud. ha recibido información sobre su **DIAGNOSTICO** de é ..... é Debido a la patología que presenta, consideramos que necesita el siguiente **TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA**é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

- EXTREMIDADES: Crónicas: fibrosis, edema, atrofia de partes blandas, disminución de la movilidad de articulaciones, contracturas, alteración en nervios periféricos, necrosis en hueso o partes blandas, fracturas óseas, sarcomas, disminución del crecimiento (en niños).

OTRAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS (Riesgos particulares, alternativas al procedimiento y complicaciones): é é é