

Apellidos: _____
Nombre: _____
Nº de historia: _____

Consentimiento informado para el tratamiento con 223 radio (Xofigo)

Negativa de información (rellenar sólo si el paciente no desea ser informado)

No deseo ser informado sobre mi enfermedad y el procedimiento, pero sí acepto la realización de dicho procedimiento o intervención

No deseo ser informado, pero deseo que la información de mi enfermedad y la intervención le sea proporcionada a:

Firma del paciente

D.N.I. _____

Finalidad

Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para recibir este tratamiento. Esto significa que nos autoriza a administrarlo.

Descripción del proceso

Xofigo es un radiofármaco indicado en el tratamiento de cáncer de próstata resistente a la castración, con metástasis óseas sintomáticas y sin metástasis viscerales conocidas.

Los médicos que le atienden, consideran que sería conveniente administrarle este fármaco para el tratamiento de su enfermedad ya que los beneficios que se pueden obtener de él, son mayores que los posibles inconvenientes derivados del mismo.

Xofigo se administra por vía intravenosa cada 4 semanas hasta completar 6 dosis.

Dado que se trata de un radiofármaco, será administrado en las instalaciones del Servicio de Medicina Nuclear.

El tratamiento se realiza de forma ambulatoria, después usted podrá continuar con su actividad habitual. La eliminación es fundamentalmente por vía intestinal, por lo que deberá tomar unas precauciones sencillas para evitar la contaminación. La primera semana siguiente a la administración del radiofármaco, cuando vaya al servicio deberá dejar caer abundante agua en el wc, si se produce alguna salpicadura, limpiar con material higiénico desechable y tirarlo al wc, luego lavarse las manos con especial cuidado.

Deberá utilizar preservativo durante las relaciones sexuales y evitar embarazos durante los 6 meses posteriores al tratamiento.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios no tienen por qué ocurrir y de aparecer suelen ser leves y transitorios.

- **Locales**
Puede producir reacciones locales en el lugar de inyección.
- **Digestivos**
El tratamiento puede producir náuseas, vómitos y/o diarrea. Hay fármacos que evitan estos inconvenientes, que se podrán administrar como prevención.
- **Hematológicos**
Bajada de plaquetas o defensas, que será controlada mediante analíticas periódicas.

Alternativas posibles

En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en este caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

Declaro que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento.

Estoy **satisfecho** con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de este tratamiento.

Firma del paciente D.N.I.: _____ Fecha: ____ / ____ / ____	Firma del médico que indica el tratamiento Nº Colegiado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____	Firma del médico del Servicio de Medicina Nuclear Nº Colegiado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).	
Nombre del representante legal: _____ _____	FIRMA D.N.I. _____

Revocación del consentimiento informado	
Con fecha ____ / ____ / ____ revoco el consentimiento prestado en fecha ____ / ____ / ____ para la realización de tratamientos con quimioterapia.	
Firma del paciente D.N.I.: _____	Firma del médico Nº Colegiado: _____
Nombre del representante legal en caso de incapacidad de la paciente, con indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor, etc.).	
Nombre del representante legal: _____ _____	Firma D.N.I. _____