

## Consentimiento informado para el tratamiento de dolor óseo metastásico con Samario 153 o Estroncio 89

Nombre del paciente: .....

Nombre del médico que le informa: .....

Este procedimiento consiste en una inyección i.v. de un fármaco radiactivo que se va a fijar en las lesiones óseas con la finalidad de suprimir/disminuir la intensidad y frecuencia del dolor. Esto no modifica el curso de la enfermedad primaria.

Con este tratamiento puede aparecer transitoriamente un incremento del dolor de unas 24 horas de duración con remisión espontánea del mismo, y en una pequeña proporción de pacientes tratados dicho tratamiento puede no ser eficaz.

Usted debe realizarse controles analíticos consistentes en un hemograma, urea y creatinina para controlar la posibilidad de toxicidad hematológica transitoria, leve, y generalmente irrelevante.

Asimismo Vd. debe saber que existe disponibilidad absoluta por parte del médico que le está informando para ampliar la información si usted lo desea.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

**DECLARO, que he sido informado por el médico D..... de los riesgos de la exploración y tras haber leído este documento firmo como conforme:**

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
D.N.I.  
Fdo.:

**MÉDICO:**  
Nº Colegiado:  
Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
D.N.I.:  
Fdo.:

**MÉDICO:**  
Nº Colegiado:  
Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
D.N.I.  
Fdo.:

**MÉDICO:**  
Nº Colegiado:  
Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_