

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

(AUTORIZACIÓN PARA PROCEDER DIAGNÓSTICO/TERAPÉUTICO/MÉDICO/QUIRÚRGICO)

La salud relacionada con la calidad de vida es una medida de cómo el paciente percibe y reacciona frente a su enfermedad. Sin embargo la calidad de vida global incluye, no sólo la salud física y mental, sino también muchos otros factores como familia, empleo, amistades, religión y actividades recreativas que son importantes para disfrutar la vida y que contribuyen al bienestar personal.

Los resultados del tratamiento se han medido clásicamente en términos de supervivencia, control local/regional y porcentaje de respuesta tumoral. Los datos concernientes al estado funcional del paciente, dolor y otros factores relacionados a la calidad de vida se han considerado secundarios y durante décadas se han excluido del análisis, diagnóstico y tratamiento de la patología oncológica.

La importancia de realizar estudios de calidad de vida en pacientes con lesiones de cabeza y cuello radica en que actualmente existen varias alternativas terapéuticas que ofrecen similares resultados en cuanto a supervivencia y control local/regional de la enfermedad. Por consiguiente, un mejor conocimiento de la funcionalidad y bienestar del paciente después del tratamiento, puede ser un factor importante a la hora de elegir entre diferentes opciones de manejo.

Por otro lado, la calidad de vida en pacientes tratados con disecciones cervicales linfonodulares por lesiones de cabeza y cuello suele ser significativamente peor que en otras áreas anatómicas, lo que hace necesario entender los fundamentos conceptuales de la calidad de vida para poder identificar y corregir los aspectos negativos de esta terapéutica.

Esto beneficiaría en un futuro a los pacientes que fueran tributarios de este tipo de tratamiento quirúrgico al brindarle al personal médico el conocimiento necesario para poder efectuar cambios o modificaciones en la terapéutica buscando lograr un impacto positivo en la calidad de vida al evitar o minimizar las disfunciones, limitaciones e incomodidades provocadas por la cirugía.

El Artículo 49 de la Constitución de la República de Cuba, establece el derecho que tienen todos los ciudadanos de nuestro país, a que se les atienda y proteja la salud y la obligación que tiene el Estado de garantizar ese derecho con la prestación de la asistencia médica de forma gratuita mediante la red de instalaciones de servicios médicos.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba aprueba los métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento que se utilizan en el Sistema Nacional de Salud y tal como está previsto en la Ley # 41 y de Salud Pública, los procedimientos diagnósticos/ terapéuticos/ médicos/ quirúrgicos en pacientes, se realizan con la aprobación de estos, exceptuándose los menores de edad o incapacitados mentales, en cuyo supuesto se requiere la autorización del padre, madre, tutor o representante legal en su caso.

Al acudir a la consulta, Ud. será interrogado por el médico sobre su enfermedad. Se le aplicarán cuestionarios que comprenderán preguntas para poder evaluar su calidad de vida.

La participación en este estudio es voluntaria, Usted puede abandonarlo en cualquier momento una vez que lo estime pertinente sin que por ello se altere la relación médico-paciente o se produzca perjuicio en su tratamiento.

Solo el personal médico tendrá acceso a sus datos y estos se mantendrán en estricta confidencialidad.

Investigador Responsable: Dra. Darselys Rivero Linares.

e-mail: darselysrl@hamc.vcl.sld.cu

Tel. 0153-754534.

A tenor de lo expresado anteriormente se deja constancia que:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ N°: _____

FECHA: ___/___/___ CI: _____ HC: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Por la presente declaro que, después de haber leído la hoja de información y de ser explicadas por:

y otros médicos de asistencia, las características de mi patología y los procedimientos de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, así como las complicaciones descritas que puedan ser reales, posibles y no atribuibles al buen ejercicio de la práctica médica; significando que, me han dado la oportunidad de preguntar todas mis inquietudes, habiendo sido contestadas satisfactoriamente y comprendiendo que mi participación es libre y voluntaria, pudiendo retirarme en cualquier momento del estudio sin tener que dar explicaciones y sin que esto cause perjuicio en la relación médico-paciente o en mi tratamiento; en el pleno ejercicio de mis facultades, conscientemente SOLICITO y AUTORIZO lo previamente informado.

PACIENTE/PERSONA AUTORIZADA A CONSENTIR
FIRMA

MÉDICO DE ASISTENCIA
FIRMA

TESTIGO
FIRMA