**ORDEN DE TRATAMIENTO**

**HOSPITAL DE DIA / INTERNACION**

Nombre y Apellido: ${nombre\_pte}

Historia Clínica: ${hc\_pte}

Domicilio: ${domi\_pte}

Teléfono: ${tel\_pte}

Obra Social: ${os\_pte}

N° Afiliado: ${nro\_afi\_pte}

Diagnóstico: ${dx\_pte}

**TIPO DE TRATAMIENTO**

|  |
| --- |
| ${ahd} |

Ambulatorio Hospital de día: Fecha Tratamiento: ${fecha\_tto}

|  |
| --- |
| Fecha 1: ${fecha\_1} Fecha 3: ${fecha\_3}  Fecha 2: ${fecha\_2} Fecha 4: ${fecha\_4} |

|  |
| --- |
| ${icm} |

Internación Cuidados Mínimos: Fecha Sugerida: ${fecha\_sda}

|  |
| --- |
| ${med\_signature} |

-------------------------------------- --------------------------------------Firma del Paciente / Familiar Firma y Sello Médico

**TRATAMIENTO ONCOHEMATOLOGICO**

Nombre y apellido del paciente: ${nombre\_pte}

Fecha: ${fecha\_tto} ${fecha\_sda} ${fecha\_1} ${fecha\_2} ${fecha\_3} ${fecha\_4}

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por el presente doy mi consentimiento en relación al tratamiento: Punción de médula ósea / Punción intratecal para diagnostico y/o tratamiento / Quimioterapia sistémica y /o vía oral/IM (músculo) con motivo de la enfermedad de base que actualmente afecta a mi salud: ${nombre\_pte}

Declaro que he recibido y he comprendido la información sobre el estudio a realizarse de manera clara y sencilla, y han sido respondidas todas mis dudas entendiendo que mi decisión es libre y voluntaria.

Del mismo modo, he recibido de parte de los profesionales la información correspondiente al beneficio de iniciar el tratamiento: Lograr la Remisión Completa de la Enfermedad como así también información sobre la alternativa incluida la posibilidad de no someterme a ninguna práctica y/o tratamiento comprendiendo lo manifestado por los expertos.

De la misma manera, se me ha informado de manera clara, especifica y sencilla, y he comprendido que la práctica a realizar posee riesgos como: A) No responder al tratamiento en forma total o parcial (remisión parcial o enfermedad estable). B) Progresión de enfermedad de base. C) Complicaciones por cefaleas, colocación de catéteres, punciones varias con sus probables complicaciones (neumotórax, entre otras). D) Toxicidad de drogas quimioterapias en órganos como corazón, hígado, sistema nervioso central, riñones, piel tubo digestivo u otros. E) Mielo supresión (anemia, plaquetopenia, leucopenia). F) Riesgo de infecciones. G) Riesgo de sangrados. H) Internación prolongada. I) Poli transfusiones. J) Procedimientos invasivos, punciones, colocación de catéter, asistencia respiratoria mecánica, entre otros. K) Riesgo de vida. I) Probabilidad de muerte.

Por medio de la presente acepto que ciertos datos de mi historia clínica pueden ser tratados por la institución con fines académicos, estadísticos o científicos garantizando que los mismos no permitirán la identificación de su titular.

Firma y aclaración:

Documento de identidad:

Firma y aclaración de familia y/o allegado:

Documento de identidad:

Firma y aclaración de médico tratante:

|  |
| --- |
| ${med\_signature} |

**EVALUACIÓN MEDICA DEL HOSPITAL**

Nombre y Apellido: ${nombre\_pte}

Fecha de Nacimiento: ${nac\_pte}

DNI: ${dni}

Obra Social: ${os\_pte}

Afiliado N°: ${nro\_afi\_pte}

Fecha: ${fecha\_tto} ${fecha\_sda}${fecha\_1} ${fecha\_2}${fecha\_3}${fecha\_4}

Evaluación médica:

|  |
| --- |
| ${ev\_pte} |

|  |
| --- |
| ${med\_signature} |

**EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA**

Fecha:

**FIRMA Y SELLO**