

|                    |              |                             |              |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| <b>SERVICIO:</b>   |              | <b>Nº Historia Clínica:</b> |              |
| <b>Unidad:</b>     |              | <b>Nombre Paciente:</b>     |              |
| <b>Habitación:</b> | <b>Cama:</b> | <b>Fecha Nacimiento:</b>    | <b>Sexo:</b> |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA ESPINOCELULAR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:   |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento consiste en la extirpación del tumor y reconstrucción del defecto resultante mediante granulación, aproximación de bordes, colgajo cutáneo aprovechando la piel de vecindad o injerto de piel. El médico me ha explicado que a lo largo del tratamiento puede ser necesaria la administración de anestesia. También sé que tras la extirpación del tumor, la pieza operatoria será examinada por el Laboratorio de Anatomía Patológica para confirmar el diagnóstico clínico y comprobar que los bordes de la pieza operatoria están libres de lesión.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo de la técnica es eliminar el tumor, que puede producir metástasis tanto por vía sanguínea como linfática y que tiene tendencia a crecer y destruir localmente con un ritmo muy caprichoso, por lo que se considera necesario eliminarlo cuanto antes

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La extirpación del tumor busca detener la progresión de la enfermedad, y la mayoría de las veces la curación.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone. El médico me ha advertido que cabe la posibilidad de que existan o aparezcan metástasis en ganglios linfáticos o en otros órganos, por lo que es necesario realizar revisiones periódicas y que, en caso de que notase cualquier bulto en la piel o en el cuello, axilas e ingles, debo consultarle inmediatamente.

### RIESGOS FRECUENTES

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como que los márgenes de la extirpación no fuera suficientes, la persistencia o la recidiva del tumor, que pueden hacer necesarias otras intervenciones o adoptar otras medidas terapéuticas para controlar no sólo los resultados de la operación, sino también la posible aparición de otro tumor cutáneo.

### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

También me ha advertido el médico que son posibles complicaciones poco frecuentes, que incluyen sangrado

**C. INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA ESPINOCELULAR**

e infección de la herida y reacción a los anestésicos empleados, que pueden provocar una reacción alérgica ocasionalmente grave y que la calidad de la cicatriz depende, además de la técnica de sutura realizada y de los cuidados de la herida, de factores personales, por lo que puede quedar una cicatriz poco estética que requiera posteriores actuaciones.

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son:.....

**CONTRAINDICACIONES**

No existen contraindicaciones para la técnica y si modificaciones de la misma en función de las circunstancias.

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>PACIENTE</b>  |            |              |              |
| D/D <sup>a</sup>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>NOMBRE / APELLIDOS</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>  |            |              |              |
| D/D <sup>a</sup>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.   |            |              |              |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |