

<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 LA REALIZACIÓN DE CRIOTERAPIA 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 "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" 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

La crioterapia consiste en aplicar nitrógeno líquido con spray, torunda de algodón o por medio de diversos tipos de sondas en la piel afecta por la enfermedad.

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

El objetivo de la técnica es eliminar una lesión cutánea o erradicar un tumor benigno o maligno mediante un agente anticongelante y un equipo que permita su aplicación.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Alternativas a la crioterapia son procedimientos quirúrgicos como electrocoagulación o extirpación, y médicos como 5FU, imiquimod tópicos y terapia fotodinámica.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Las consecuencias de la crioterapia son la eliminación de una lesión cutánea.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no realización, las consecuencias son la persistencia de la lesión y a veces su evolución a otras.

El médico me ha explicado que al cabo de unas horas notaré hinchazón de la zona, y que es posible que aparezcan ampollas, con o sin sangre e incluso necrosis sobre la zona tratada, en cuyo caso deberé curarlas tal y como me ha indicado.

### RIESGOS FRECUENTES

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor local, alteraciones en la coloración de la piel, cicatrices e infecciones, aunque tales complicaciones son escasas y generalmente poco frecuentes. Menos frecuentes aún son las parestesias y retracciones de los tejidos.

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

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

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

### C. INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CRIOTERAPIA

alternativas que estarían indicadas en otro 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.

Debo avisar posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia. Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son .....

**CONTRAINDICACIONES**

El médico me ha advertido que esta técnica está contraindicada en pacientes con urticaria por frío, crioglobulinemia y criofibrinogenemia.

<b>PACIENTE</b>			
D/Dª			
<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/Dª			
<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/Dª</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>

**C. INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CRIOTERAPIA**