

<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 ELECTROCOAGULACIÓN 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 técnica de la electrocoagulación consiste en destruir los tejidos enfermos a través de la energía eléctrica, mediante un tratamiento quirúrgico.

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

El objetivo de la técnica es destruir los tejidos enfermos, que se considera necesario eliminar.

### **ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

Se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Las consecuencias de este procedimiento son la destrucción de una lesión, con o sin obtención de una muestra histológica.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

La persistencia de la lesión y las consecuencias que ello conlleva según la naturaleza de la misma.

### **RIESGOS FRECUENTES**

A pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, aunque poco frecuentes, como sangrado e infección de la herida. Además la técnica requiere la administración de anestesia local por lo que pueden ocurrir reacciones alérgicas al anestésico empleado.

La cicatriz resultante depende de los cuidados de la herida y de factores personales incontrolables, por lo que a veces puede quedar una cicatriz poco estética.

### **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**

Es importante conocer los antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, especialmente los anestésicos, el padecimiento de enfermedades autoinmunes y el uso de medicamentos que puedan interferir o modificar la coagulación sanguínea.

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

También es preciso saber si es portador de marcapasos, ya que la energía eléctrica puede influir en su correcto funcionamiento.

Cualquiera de estos hechos, u otros que parezcan de interés, deben ser comunicados al dermatólogo que vaya a realizar la intervención.

#### CONTRAINDICACIONES

Cualquiera de las circunstancias del apartado anterior son contraindicaciones relativas que obligan a modificar o inhibirnos de la técnica.

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<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>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<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>