

<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 DE EXTIRPACIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR 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

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.

A lo largo del tratamiento puede ser necesaria la administración de anestesia local o anestesia general, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

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

El objetivo de la técnica es eliminar el tumor que, aunque sólo excepcionalmente produce metástasis, tiene tendencia a crecer y destruir localmente con un ritmo muy caprichoso, por lo que se considera necesario eliminarlo cuanto antes.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En mi caso, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La extirpación del tumor conlleva generalmente la curación del mismo. 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.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

1. Crecimiento del tumor.
2. Destrucción de tejidos circundantes.
3. Necrosis.
4. Hemorragia e infección.
5. Excepcionalmente metástasis a distancia.

### RIESGOS FRECUENTES

Pueden presentarse efectos indeseables, como la persistencia o la recidiva del tumor, que pueden hacer necesarias otras intervenciones o adoptar otras medidas terapéuticas para controlar no solo 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**
Son complicaciones poco frecuentes:

1. Sangrado e infección de la herida.
2. Reacción a los anestésicos empleados, que ocasionalmente puede ser grave.
3. La calidad de la cicatriz depende tanto de la técnica de la sutura realizada como de los cuidados de la herida y 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**

1. Estado previo de salud.
2. Edad.
3. Profesión.
4. Creencias.

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

**CONTRAINDICACIONES**

No existen contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico del carcinoma basocelular aunque pueden existir circunstancias que lo desaconsejen por su tamaño, condiciones del paciente, etc.

<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>