

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTIRPACIÓN DE TUMOR BENIGNO ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA

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

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
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			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento consiste en la extirpación de la lesión mediante bisturí, de modo que se logra eliminar la lesión, mediante electrocoagulación o cierre directo.

La muestra de la lesión resultante se envía al laboratorio de Anatomía Patológica para su estudio histológico.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo de la técnica es la extirpación de una lesión que aunque de naturaleza benigna, produce molestias de algún tipo.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La alternativa a esta técnica es la abstención terapéutica, dejando la lesión a su evolución, dada la naturaleza benigna de la misma.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La consecuencia previsible de la extirpación es la eliminación de la lesión con la mejor cicatriz posible.

Además, permite completar el estudio histológico del componente extirpado para confirmar el diagnóstico clínico que se realiza por su aspecto macroscópico y la evolución referida por el paciente.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no realizar la extirpación, la lesión prosigue su evolución natural, que incluye la persistencia de la lesión y su posible crecimiento lento pero progresivo.

Por otro lado, no permite obtener una muestra de la lesión para realizar su estudio histológico, por lo que el diagnóstico de la lesión será sólo un diagnóstico basado en el aspecto macroscópico y la evolución referida por el paciente.

RIESGOS FRECUENTES

Pueden presentarse efectos indeseables, como dolor, mareos, hematoma, sangrado, infecciones, hiper o hipopigmentación en la zona tratada, así como pueden quedar cicatrices dependiendo de la tendencia personal o familiar, y por tanto impredecible, a producir cicatrices alteradas (queloides) e incluso un mínimo riesgo de reproducción de la lesión.

El médico me ha advertido, prohibiéndome expresamente, que no debería exponerme al sol antes y después de la intervención y me ha aconsejado usar diariamente protección solar alta durante al menos..... días, después de la intervención.

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

Existe la posibilidad de desarrollar una reacción alérgica grave a los anestésicos locales utilizados durante la intervención. Para prevenir esta complicación el paciente deberá referir cualquier alergia sospechada o conocida a alguna medicación.

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

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

El médico también me ha advertido que es importante conocer mis antecedentes personales o cualquier otra circunstancia que, como paciente, crea conveniente que deba conocer.

CONTRAINDICACIONES

No existe ninguna contraindicación pero, al ser considerada una lesión benigna, no es recomendable realizar la intervención si se tienen antecedentes personales o familiares de queloides, o en el caso en que se prevea que la cicatriz consecuente vaya a ser más visible que la propia lesión.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO 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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA