

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTIRPACIÓN DE TUMOR MALIGNO 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 completa del tumor y reconstrucción posterior del defecto resultante mediante granulación, aproximación de bordes, colgajo cutáneo aprovechando la piel de vecindad o injerto de piel.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

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.

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

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Las alternativas al procedimiento pueden ser otras técnicas quirúrgicas o radioterapia en algunos casos.

Puede ser necesaria la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesia.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La eliminación del tumor y obtención de muestra para estudio histopatológico y análisis de márgenes quirúrgicos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Serán la persistencia y/o progresión local del tumor y en ocasiones el desarrollo de metástasis.

RIESGOS FRECUENTES

Pueden presentarse efectos indeseables, como que los márgenes de la extirpación no fueran suficientes, la persistencia o la recidiva del tumor, que pueden hacer necesarias otras intervenciones o adoptar otras medidas terapéuticas.

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

Son posibles complicaciones poco frecuentes, que incluyen sangrado 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

C. INFORMADO PARA LA EXTIRPACIÓN DE TUMOR MALIGNO

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 a la técnica sino modificaciones en función de las circunstancias.

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