

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA MENOR

(Ley 3/2005 de 7 de marzo de 2005. BOE nº 83 del 19 de abril de 2005)

La **cirugía menor** es un procedimiento habitual utilizado para el diagnóstico y tratamiento. Se considera un elemento esencial para poder obtener o confirmar el diagnóstico en numerosas dermatosis y tumores cutáneos o para la corrección de problemas dermatológicos.

El **procedimiento** consiste en obtener uno o varios fragmentos pequeños de la piel que se empleará para estudios encaminados a efectuar o confirmar el diagnóstico (estudio microscópico, cultivos microbiológicos)

Para realizar la extirpación se utiliza habitualmente anestesia local y el defecto creado se sutura con puntos. En muchos casos se emplea una sustancia vasoconstrictora (asociada a la anestesia) para evitar la hemorragia y en algunos pacientes es preciso utilizar un electrocoagulador con el mismo fin.

La cicatriz de la intervención puede producir defectos estéticos, especialmente en personas con tendencia a la cicatrización anómala (formación de queloides). Su médico le informará sobre los cuidados a adoptar para reducir al mínimo el riesgo de infección de la herida. La anestesia local empleada es similar a la utilizada en las extracciones dentarias y en un porcentaje muy pequeño de personas puede provocar reacciones alérgicas de diversa gravedad.

Los pacientes portadores de marcapasos pueden sufrir alteraciones en su funcionamiento por el empleo del electrocoagulador, que deberá ser evitado.

Haga constar a su médico si usted padece alguno de los siguientes procesos, en cuyo caso habrán de tomarse medidas especiales:

Trastornos de la coagulación (Hemofilia, trombopenia, tratamiento con anticoagulantes, etc.)

Alergia a anestésicos locales o medicamentos de otro tipo.

Alergia por contacto.

Trastorno del ritmo cardíaco (portadores de marcapasos)

Anomalías de la cicatrización

Trastornos circulatorios (isquemia distal, claudicación intermitente, gangrena, etc.)

Inmunodeficiencia (incluyendo infección por VIH, Sida)

Hepatitis aguda o crónica.

Si usted, o algún familiar desean mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Centro de salud.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Ley 3/2005 de 7 de marzo de 2005. BOE nº 83 del 19 de abril de 2005)

D/D^ade años,
DNI, con Domicilio en
con teléfono.....

Si el paciente no está capacitado para la toma de decisión:

D/D^ade años,
DNI, con Domicilio en
con teléfono.....

En calidad de Representante Legal, Familiar, Allegado

DECLARO

Que he leído la hoja de información y he sido informado/a por el Dr./Dra.
En fecha (y que me han sido entregada copia de la información) del
procedimiento..... e igualmente de los
beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más
frecuentes) y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de
este Centro de Salud y del Servicio de Salud.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas
satisfactoriamente.

CONSIENTO:

A los facultativos del centro de salud de.....a que me practiquen
el procedimiento referido (descrito anteriormente) y las pruebas complementarias necesarias. Soy
conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán utilizar las actuaciones
médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento:

Firmo dos ejemplares en....., a..... de..... de 20

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido

Firma del paciente o persona autorizada

Firma del testigo

Firma del Facultativo

Firmar solo en caso de revocar el consentimiento previo fecha: