

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOTERAPIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El tratamiento consiste en la administración de distintos tipos de radiación ultravioleta sobre la superficie de la piel.

La terapia con PUVA (la forma más común de fototerapia), consiste en la administración combinada de psoralenos (medicamentos que se activan al exponerse a la luz) por vía oral, dos horas antes de la radiación ultravioleta A.

La finalidad de la técnica es controlar los síntomas de algunas enfermedades de la piel, tales como la psoriasis, el vitílico o la micosis fungoide.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Se producirá un bronceado y una pigmentación de la piel. Deberá tener una protección solar cutánea y ocular posterior al tratamiento, durante al menos un día después del mismo.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados como:

- Enrojecimiento de la piel.
- Pigmentación de la piel.
- Picor.
- Toxicidad por la luz.
- Sequedad cutánea.
- Náuseas, vómitos y elevación de las transaminasas, relacionados con la toma de los psoralenos.
- En tratamientos prolongados pueden aparecer lesiones en la piel premalignas y/o malignas, así como cataratas.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

El tratamiento está contraindicado en:

- Embarazo y lactancia.
- Pacientes que toman medicación fototóxica (medicamentos que con la exposición al sol pueden producir necrosis de la piel y alteración de la pigmentación).
- En los menores de 10 años.
- Antecedentes o presencia de lesiones de piel malignas y/o premalignas o cataratas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamientos tópicos y sistémicos.
- Terapias biológicas.

AUTORIZACIÓN PARA “FOTOTERAPIA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: