

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON LÁSER CO2

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en destruir de forma controlada las capas más superficiales de la piel con pasos sucesivos del haz de láser sobre la zona afectada, lo que permite una mayor profundidad de destrucción por cada paso, por lo que dependiendo del resultado que se quiera tener, serán necesarias un mayor o menor número de aplicaciones con el rayo láser.

El procedimiento se realiza con anestesia local y está indicado en procesos superficiales de la piel que afectan a la epidermis y la dermis (queratosis actínica, queratosis seborreica, nevus epidérmico, etc.).

No debe exponerse al sol durante al menos 6 meses después de la intervención y usar diariamente protección solar.

La finalidad de la técnica es la eliminación de la lesión.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Ocasionalmente pueden presentarse efectos no deseados como:

- Recidiva de la lesión.
- Mareos.
- Hematomas.
- Sangrado.
- Infecciones.
- Erupciones similares al acné.
- Aumento o disminución de la pigmentación (coloración de la piel) en la zona tratada.
- Cicatrices que dependiendo de la tendencia de cada paciente pueden alterarse y crecer de manera anormal (queloides).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

### 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

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Electrocoagulación.
- Crioterapia.
- Radioterapia.

### AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO CON LÁSER CO2”

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: