

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA UÑA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en la extirpación parcial o completa de la uña enferma, asociada o no a una matricectomía (eliminar la matriz), la cual puede hacerse mediante extirpación o mediante abrasión química o física y conlleva la pérdida definitiva de la uña en ese dedo. La técnica se realiza con anestesia local mediante punción en el dedo.

Cabe la posibilidad de que, durante la cirugía, haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionar el tratamiento más adecuado.

La finalidad de la técnica es extirpar de forma total o parcial la uña enferma, con intención de aliviar los síntomas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Se produce una alteración en la anatomía de la uña. En caso de extirparse la matriz de la uña, ésta no volverá a salir.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida.
- Cicatrización anómala.
- Crecimiento defectuoso de la uña.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Reacciones alérgicas locales al anestésico, como picor o enrojecimiento alrededor de la lesión.
- Reproducción de la lesión.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Reacciones alérgicas graves al anestésico, incluyendo shock anafiláctico.
- Infecciones graves en el dedo.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/>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:

- Tratamiento con antibióticos y curas locales.

AUTORIZACIÓN PARA “CIRUGÍA DE LA UÑA”

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: