

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FOTODINÁMICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El tratamiento consiste en aplicar en la zona lesionada, una crema con sustancias sensibles a la luz, radiando después con una lámpara de rayos infrarrojos o luz de día la zona donde se encuentra la lesión cutánea, para lograr la destrucción de la misma. En algún caso puede hacer falta usar anestesia local. Después hay que proteger la zona tratada de la exposición al sol durante el resto del día.

La finalidad de la técnica es eliminar el cáncer o precáncer de piel.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados como:

- Dolor local, que en general se tolera, pero que puede necesitar tratamientos con analgésicos.
- Enrojecimiento e hinchazón en torno a la zona tratada.
- Cicatrización anómala en la zona tratada.
- Ampollas.
- Necrosis (destrucción de los tejidos).
- Eczema de contacto e infecciones.
- 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 no está indicado en pacientes que toman medicación fotosensible (que pueden hacer que la piel reaccione de forma anormal con la exposición al sol), por ejemplo algunos diuréticos, por lo que debe de indicar toda la medicación que esté tomando al médico.

- También está contraindicado en enfermedades fotosensibles (por ejemplo el lupus eritematoso).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “TERAPIA FOTODINÁMICA”

Yo, D./D.^a , como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: