

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON DERMOABRASIÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica está indicada para el tratamiento de cicatrices y distintos tipos de lesiones cutáneas benignas con el objetivo de eliminar las capas superficiales de la piel.

Este procedimiento consiste en marcar y refrigerar con un agente congelante la zona a tratar, para después realizar la abrasión de las capas superficiales de la piel mediante puntas o fresas rotatorias.

Tras el tratamiento queda una superficie cruenta (sangrante) que se debe curar siguiendo las instrucciones dadas y que cicatriza al cabo de siete a diez días.

La finalidad de la técnica es eliminar las capas superficiales de la piel (hasta llegar a la piel normal) para conseguir una mejora estética y/o funcional de la cicatriz o secuela existente.

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:

- Cambio de coloración de la piel tratada.
- Quistes.
- Infección.
- Cicatrización anómala.
- Inflamación de la piel.
- Necrosis (destrucción de los tejidos).
- Retraso en la cicatrización.
- Cambios en la sensibilidad de la piel.
- 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

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Infiltración y administración tópica (en la piel) con corticoides.
- Tratamiento con antihistamínicos de forma oral y local (reducen el prurito y el ardor).
- Aplicación de silicona en pomada, tiras o láminas.
- Presoterapia.
- Radioterapia.
- Tratamiento con Láser CO2.

AUTORIZACIÓN PARA "TRATAMIENTO CON DERMOABRASIÓN"

Yo, D./Dª , 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: