

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON ELECTROCOAGULACIÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en destruir los tejidos enfermos a través de energía eléctrica, la cual se convierte en calor por la resistencia que ofrecen los tejidos a su paso. A veces suele ser necesaria la administración de anestesia local o sedación dependiendo del número y/o tamaño de las lesiones. Las zonas tratadas cicatrizan por segunda intención (con el crecimiento de nuevo tejido).

La finalidad de la técnica es destruir los tejidos enfermos, que se necesitan eliminar.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Tras el procedimiento queda una cicatriz.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor.
- Sangrado.
- Infección de la herida.
- Problemas en la cicatrización (que den lugar a cicatrices antiestéticas).
- Alteraciones locales de la sensibilidad: pérdida, acorchamiento u hormigueo.
- Alteraciones de la coloración de la piel (hipo o hiperpigmentaciones).
- En caso de emplear anestesia local, pueden producirse reacciones de hipersensibilidad, hipotensión por paso rápido a sangre, convulsiones y otras situaciones que de forma general se pueden solucionar.
- Reacción alérgica a los anestésicos empleados.
- De forma excepcional se han descrito casos de shock eléctrico.
- Fuego por contacto con antisépticos que contengan (alcohol etílico o isopropílico al 70%, ungüentos, lubricantes, y gases como el metano y el oxígeno).
- Alteraciones de la conducción cardíaca en pacientes portadores de marcapasos.
- 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

- Alergia a los anestésicos.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Crioterapia (consiste en aplicar un producto químico muy frío para congelar y destruir el tejido enfermo).
- Extirpación quirúrgica.
- No tomar ninguna medida dado el carácter benigno de la lesión.

AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO CON ELECTROCOAGULACIÓN”

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: