

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA CUTÁNEA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El tratamiento consiste en la toma, con un material especial, de una muestra de la piel enferma para analizarla y, según la zona, reconstruir o no el defecto con sutura directa.

Para la realización del mismo será necesaria la administración de anestesia local. En general esta técnica quirúrgica se realiza de forma ambulatoria.

La finalidad de la técnica es establecer y confirmar el diagnóstico clínico por métodos analíticos.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Tras la realización de la biopsia quedará una cicatriz.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Ocasionalmente pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor, hematoma, seroma, sangrado y/o infección en la zona de la operación.
- Alteraciones de la cicatriz de la herida.
- Persistencia o recidiva de la lesión.
- Reacción a los anestésicos utilizados, que pueden provocar una reacción alérgica (que en ocasiones puede ser grave).
- 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)

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

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA CUTÁNEA"

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: