

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE LÁSER EN PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El tratamiento con láser es un procedimiento utilizado para tratar determinadas lesiones del tracto genital inferior (vagina, vulva, cuello uterino y área perineal). Este tratamiento emplea energía en forma de luz láser dirigida a las zonas afectadas para destruir, vaporizar o coagular el tejido anómalo, dependiendo del tipo de lesión a tratar.

El láser se utiliza en verrugas genitales (condilomas), lesiones preinvasivas en la zona genital inferior, para tratar dermatosis vulvares como el liquen escleroso, entre otras así como el síndrome genitourinario severo.

En algunos casos puede ser necesario realizar más de una sesión.

Este procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local o sedación, según sea el caso.

La finalidad de esta técnica es tratar las lesiones preinvasivas del tracto genital inferior, aliviar los síntomas asociados, restaurar la funcionalidad del tejido afectado, evitar procedimientos quirúrgicos más invasivos y mejorar la calidad de vida de la paciente.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

- Molestias locales como dolor y sensación de calor.
- Inflamación o irritación temporal.
- Infección.
- Pigmentación de la piel.
- Afectación de la vejiga o el recto cuando el tratamiento se realiza en vagina.
- 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

- Presencia de infecciones activas en el momento del tratamiento.
- Estar embarazada.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Aplicación tópica de fármacos en dermatosis.
- Extirpación de la/las lesiones mediante asa de diatermia o bisturí.

### AUTORIZACIÓN PARA "TRATAMIENTO DE LÁSER EN PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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: Servicio de:

### 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: