

Documento de consentimiento informado para tratamiento con Nitrógeno Líquido (Crioterapia)

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*)

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

1. El objetivo de la crioterapia es eliminar una lesión cutánea susceptible de este tratamiento. Se realiza mediante la proyección de un chorro de Nitrógeno líquido que congela la lesión y la piel de alrededor, o aplicando sobre la piel un terminal previamente empapado con Nitrógeno líquido. Es un proceso medianamente doloroso que no requiere anestesia. La realización del tratamiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
2. Después de descongelarse, se produce una reacción inflamatoria que dependiendo de susceptibilidades personales puede ser muy intensa, con la formación en los días siguientes de ampollas y después costras. La curación puede tardar tres o cuatro semanas. Manifiesto estar vacunado del tétanos.
3. Las cicatrices suelen ser poco aparentes pero en algunos casos por factores personales pueden ser hipertróficas o queloides (poco estéticas: ancha y abultada o hundida) o tener alteraciones de la sensibilidad: pérdida, acorchamiento, hormigueos). También pueden tener alteraciones del color (más claras u oscuras que la piel de alrededor), para limitarlo en la medida de lo posible, recibo instrucciones para evitar la exposición al sol.
4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables: Dolor, sangrado o infección de la herida. Debo advertir a mi dermatólogo si tengo facilidad para las lipotimias (mareo con pérdida de conciencia); si tengo alergia al frío y también si tengo tendencia a cicatrizaciones anómalas o sufro alteraciones de la coagulación.
5. Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son:

.....
.....

6. En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que me propone.

Los datos únicamente serán utilizados con fines asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial.

Las imágenes quedarán recogidas en un archivo, custodiado por profesionales sanitarios sujetos a secreto profesional, garantizando al paciente su derecho a la confidencialidad.

DOY MI CONSENTIMIENTO Que he leído con detenimiento este escrito y su contenido es perfectamente comprensible para mí ya que las explicaciones se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, me ha aclarado todas las dudas planteadas y el significado de los términos médicos que recoge. Estoy enterado, que tanto el médico como el resto del personal sanitario, me prestará todos los cuidados con los medios que tengan a su alcance, sin que pueda garantizarme el resultado del tratamiento.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Autorizo a obtener imágenes de mi enfermedad, y sé que a pesar del enmascaramiento pudiera ser reconocido en ellas. Autorizo que estas imágenes, puedan ser difundidas con fines didácticos y científicos y reproducidas en publicaciones científicas salvaguardando mi anonimato.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____