

## Documento de consentimiento informado para incisión/biopsia de lesiones con anestesia local

Don/Doña :	deaños de edad, cor
(Nombre y dos apellidos)	
domicilio en	y DNI №
	·
Don/Doña :	deaños de edad, cor
(Nom	bre y dos apellidos)
domicilio en	y DNI №
en calidad de	de Don/Doña:
(Representante legal, familiar o allegado)	(Nombre y dos apellidos de la paciente)
Declare	
Decial	,
Que el DOCTOR/A	
	s del facultativo que proporciona la información)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a EXTIRPACIÓN BAJO ANESTESIA LOCAL.

1. Mediante este procedimiento se pretende la extirpación de mi lesión con posibilidad de realizar un estudio histológico de la misma.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

- 2. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de hematología.
- 3. Tras la infiltración con anestesia local en la zona se va a tratar mi lesión (apertura o extirpación total o parcial).

Sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

- 4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes: Infección o hematoma de la herida quirúrgica. Lesiones cutaneas por reacción alérgica a la medicación utilizada. Cicatrices retráctiles o antiestéticas. Molestias locales. Dolor prolongado en la zona de la operación, o poco frecuentes y graves: Reacción alérgica grave a los anestésicos locales que puede llegar a producir Shock anafiláctico. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

6. El médico me ha explicado en mi caso no existe una alternativa terapéutica eficaz.

**He comprendido** las explicaciones que 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.

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

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecho** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO		
Que se me realice una EXTIRPACIÓN CON ANESTESIA L	OCAL.	
En		
(Lugar	y fecha)	
Fdo.: El/la médico	Fdo.: Paciente	
Nº Col.:		

Fdo.: El/la representante legal, familiar o allegado

## Revocación

Don/Doña :	deaños de edad, con
(Nombre y dos apellidos)	
domicilio en	y DNI Nº
	deaños de edad, con
(Nombre y d	,
domicilio en	
	Don/Doña:
(Representante legal, familiar o allegado)	(Nombre y dos apellidos de la paciente)
REVOCO el consentimiento prestado en fechaesta fecha por finalizado.	y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con
·	
En	
(Luga	ar y fecha)
Fdo.: El/la médico	Fdo.: Paciente

Nº Col.: