

## Consentimiento informado para terapia fotodinámica

1.- El objetivo de la técnica es eliminar el precáncer cutáneo (alteraciones apenas visibles de la piel que pudieran llegar a hacerse cancerosas) o lesiones que pueden ser cancerosas. La realización del tratamiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.-El tratamiento consiste en aplicar sustancias sensibles a la luz, iluminando posteriormente con luz visible de color rojo, para lograr una destrucción de la lesión. Se realiza en dos tiempos: Primero se aplica la crema y se venda, a las tres horas se expone a la luz de la lámpara de TFD, para lograr una destrucción de la lesión. Después, a la zona expuesta, se la debe proteger por completo de la luz.

3.- El dermatólogo me ha explicado que el tratamiento es moderadamente doloroso, y a lo largo de él pudiera ser necesaria la administración de anestesia local, a la que no soy alérgico. También me ha advertido el médico que debo protegerme de la exposición solar siempre, para evitar la reproducción de las lesiones.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor local, hinchazón alrededor del área tratada, ampollas, necrosis, eczema de contacto e infecciones. Sé igualmente que debo avisar posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares y medicaciones

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.-En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otros casos 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 se me propone.

### DECLARO:

Que he sido informado de los siguientes puntos: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento; y que conozco y por consiguiente, asumo los riesgos y secuelas que pudieran derivarse o producirse.

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. 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 las dudas 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 éxito del procedimiento. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y asumo los riesgos del tratamiento.

Doy mi consentimiento para que en el procedimiento participen profesionales sanitarios en formación y también 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.

### CONSENTIMIENTO

D./Dña. \_\_\_\_\_, **como paciente**, o  
D./Dña. \_\_\_\_\_, **como representante**

**legal**, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente DECLARO que he sido debidamente informado/a por el facultativo responsable y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** que se me realice terapia fotodinámica.

Y para que así conste firmo el presente original, después de leído y por duplicado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente/Representante legal**  
**DNI:**

**Fdo.: Facultativo**  
**Nº Colegiado:**

### DENEGACIÓN/REVOCACIÓN (Táchese lo que NO proceda)

D./Dña. \_\_\_\_\_,

**No autorizo** la realización de \_\_\_\_\_

**Revoco** el consentimiento prestado en fecha . ò õ . . / ò õ õ õ õ õ õ õ / ò õ õ õ . y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente/Representante legal**  
**DNI:**

**Fdo.: Facultativo**  
**Nº Colegiado:**