

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA EN HIPERHIDRÓISIS

1. La inyección de Toxina Botulínica Tipo A, produce la reducción selectiva y temporal de la contracción en la musculatura hiperactiva, durante un periodo medio de 12,5 semanas. El tratamiento consiste en infiltrar la toxina, con una aguja fina, en la zona afectada, para corregir la Hiperhidrosis o exceso de sudoración en axilas y manos.
2. El médico me ha explicado que a lo largo del tratamiento puede ser necesaria la administración de anestesia, de cuyo riesgo me informará el servicio de anestesia.
3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización podrían presentarse en raras ocasiones efectos indeseables. El dermatólogo/a me informa que pudiera ocurrir: Infección (Si ocurriera, puede ser necesario un tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.), cambios en la sensibilidad cutánea (habitualmente se resuelven de forma espontánea a los pocos días), asimetría (puede no conseguirse un aspecto simétrico de la zona tratada tras un único tratamiento, por lo que pueden ser necesarios tratamientos adicionales), hematoma (por la inyección inadvertida de un vaso sanguíneo, se resuelve a los pocos días), reacciones alérgicas, con eritema (enrojecimiento) generalizado o local, picores, de tipo transitorio que pueden durar unos días. Las reacciones alérgicas también pueden requerir tratamiento adicional.
4. Además pueden necesitarse varios tratamientos seriados y separados en el tiempo, para obtener el resultado funcional o estético deseado. Puede ser necesaria la utilización de cremas o lociones hidratantes después de un tratamiento. Especialmente en el tratamiento de la hiperhidrosis de manos y axilas, para hidratar y compensar la pérdida de función temporal de los anejos cutáneos y glándulas sudoríparas tratadas, que participan en el exceso de sudoración.
5. Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: _____

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.

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, 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 éxito de la intervención.

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 asumo los riesgos del tratamiento.

Doy mi consentimiento para que en la intervención 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 tratamiento con toxina botulínica. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la administración.

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 ò . / ò ò ò ò ò ò ò / ò ò ò . 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: