

Consentimiento informado de intervención de tumoración cutánea de cara o cuello

Nombre y apellidos del paciente

DNI

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

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

¿Qué le vamos hacer?

1. Descripción del procedimiento

En qué consiste: Extirpar la lesión.

Cómo se realiza: Se realiza bajo anestesia local y en ocasiones el anestesista realizará una sedación del paciente para mayor comodidad del propio paciente y del cirujano. En ocasiones, la extensión o la localización de proceso hacen aconsejable la anestesia general. La intervención tiene dos fases, en la primera se extirpa la tumoración y algo del tejido próximo no afectado por el tumor, en la segunda parte se cierra el defecto que se ha creado, ya sea suturando (cosiendo borde a borde) o en caso de mayor extirpación de tejido, con un fragmento de piel cercana (injerto o colgajo). Los casos más dificultosos para la reconstrucción son los tumores que se localizan alrededor de los orificios naturales (boca, ojos, nariz), por ejemplo, en el ala nasal. El cirujano le dará detalles de cómo realizará la reconstrucción en caso de necesitarla. Tras la intervención deberá llevar un vendaje o apósito que le será retirado en unos días. Se le administrará medicación antiinflamatoria y en ocasiones antibiótico.

Cuánto dura: Alrededor de 2 horas.

2- Qué objetivos persigue: Tumoración cutánea que debe ser extirpada quirúrgicamente para lograr su curación.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

- Complicaciones propias de la anestesia.
- Hemorragia tras la cirugía, con sangrado a través del vendaje. Debe avisar al cirujano, aunque no tiene importancia la salida de algunas gotas de sangre en los primeros días.
- La infección es rara ya que se instaura tratamiento antibiótico pero si esto ocurriera los gérmenes pueden atacar al injerto o colgajo destruyéndolo con lo que la cicatrización sería más lenta y menos estética.
- La buena cicatrización de los tejidos varía mucho de una persona a otra.

2. Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece presentar otras complicaciones.....

¿Qué otras alternativas hay?

No existe ninguna alternativa.

Declaraciones y firmas

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

DOY MI CONSENTIMIENTO He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

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____