

## Consentimiento informado de extirpación de lipoma

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:** Extirpación de los lipomas (tumores benignos procedentes del tejido graso de la piel).

**Cómo se realiza:** Con anestesia local, regional o general dependiendo de dónde se encuentre y de sus características se aísla y extirpa la tumoración

**Cuánto dura:** es variable, según el tamaño y localización del lipoma.

**2- Qué objetivos persigue:** Eliminación de la tumoración.

### ¿Qué riesgos tiene?

#### 1. Riesgos generales:

##### Poco frecuentes y poco graves

- Hemorragia y hematoma.
- Infección.
- Mala cicatrización.

##### Poco frecuentes y graves:

- Reacciones alérgicas sistémicas.
- Lesiones en estructuras anatómicas vecinas recurrencias (15%).

Necesidad de cirugía adicional: Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos.

#### 2. Riesgos personalizados:

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

#### 3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

La eliminación de la tumoración consigue que desaparezca la sintomatología dolorosa o comprensiva que pudiera estar provocando.

### ¿Qué otras alternativas hay?

La eliminación de las lesiones y tumores cutáneos puede conseguirse por otros medios, incluyendo el uso de nitrógeno líquido (congelación), láser, medicaciones tópicas y cauterización eléctrica. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas a las formas alternativas de tratamiento.

### 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.

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

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

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

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