



FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA TUMORES CUTÁNEOS

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La intervención a la que usted va a someterse consiste en la extirpación de una lesión, o de una parte de una lesión, localizado en tejidos blandos (músculo, nervio, cápsula articular, tendón...) que queremos estudiar con técnicas de microscopio u otras, para después poder hacer un tratamiento definitivo si fuera necesario, una vez que conozcamos la naturaleza exacta de la lesión.

La palabra "tumor" significa "bulto". No hace referencia al carácter benigno o maligno de la lesión.

CÓMO SE REALIZA:

La intervención se realiza casi siempre bajo anestesia local, aunque puede precisar de anestesia general o regional de la zona, por lo que es posible que el Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted. Se extrae uno o varios fragmentos de la lesión y después se cierran mediante unos puntos de sutura. Dependiendo del tipo de operación, de la parte del cuerpo intervenida y de su estado previo de salud, puede precisar medicación para disminuir el riesgo de infección y trombosis.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Habrán cicatrices en las zonas extirpadas.

Durante un tiempo presentará molestias en la zona debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

El estudio que se realizará de la pieza extirpada proporcionará información diagnóstica de la extensión y tipo de lesión. Esto servirá para valorar el tratamiento posterior.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

No realizar la biopsia con lo que el tratamiento no podrá basarse en el conocimiento exacto de la naturaleza de la lesión.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Cicatrización: Cualquier cirugía deja cicatrices, algunas más visibles que otras. Aunque se espera una buena curación de la herida después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. Necrosis cutánea que puede hacer necesaria la extirpación de zonas de piel muerta y su cobertura con injertos. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de color más oscuro que el de la piel circundante. Existe la posibilidad de que las cicatrices puedan limitar el movimiento y la función. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.
- Extirpación incompleta o reaparición (recidiva) del tumor. Es posible que un análisis del tejido identifique que pueda haber una extirpación incompleta del tumor cutáneo, o determinar la presencia de una patología tisular diferente. Puede ser necesaria cirugía adicional si se determina que la extirpación del tumor cutáneo ha sido incompleta.
- Resultado pobre. Existe la posibilidad de un resultado pobre en la extirpación del tumor cutáneo. La cirugía puede resultar en deformidades visibles inaceptables, pérdida de función, apertura de la herida, muerte de piel, o pérdida de sensibilidad. Incluso aunque el tumor cutáneo se haya eliminado satisfactoriamente, usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía reconstructiva.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Derivadas del uso de anestésicos. Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.
- Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, sufrir una hemorragia durante o después de la cirugía. Podría ser necesario cortar el sangrado mediante un tratamiento quirúrgico de urgencia, y/o transfusión sanguínea.
- Hematoma: Es posible la formación de un acúmulo de sangre o hematoma, que en ocasiones habrá que drenar.
- Infección: podría ser necesario tratamiento antibiótico y cirugía adicional.
- Dehiscencia (apertura) de la herida: por tensión de los bordes, necrosis o infección puede darse una dehiscencia que podría necesitar una nueva intervención.

- Lesión de estructuras profundas. Estructuras profundas tales como nervios, vasos sanguíneos y músculos pueden ser dañados durante el curso de la cirugía. La posibilidad de que esto ocurra varía según la región del cuerpo donde se realiza la cirugía. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.
- Diseminación sistémica o local del tumor cutáneo. Ciertos tipos de cáncer cutáneo pueden extenderse a otras áreas del cuerpo, independientemente de la realización o no de una biopsia sobre él. Dependiendo del tipo de célula y grado de invasión del cáncer de piel, puede ser necesaria cirugía adicional o tratamiento de cáncer.
- Distrofia simpática-refleja: Pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de músculos próximos. Descalcificación de los huesos, inflamación, dolor, alteraciones de la temperatura, sensibilidad, coloración y sudoración. Situación que puede resultar incapacitante y necesitar tratamiento médico y rehabilitador prolongado.
- Lesión de nervios que puede provocar distintos grados de pérdida de sensibilidad o parálisis, temporal o definitiva.
- Lesión de vasos sanguíneos, que puede provocar distintos grados de pérdida de irrigación o trombosis, temporal o definitiva.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

DR. FEDERICO GRASA GONZÁLEZ. 29/1109184

FECHA:

FIRMA:

CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____,
con DNI/NIE _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

En _____ a _____ de _____ de 2021.

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____,
con DNI _____, **no autorizo a la realización de esta intervención.** Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de 2021

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____,
con DNI _____, **de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención.** Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.: