DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:

TRATAMIENTO LÁSER PARA LESIONES VASCULARES

1. El objetivo de la técnica es la destrucción controlada de dilataciones vasculares y varículas de la piel y está indicada en lesiones vasculares de diverso tipo como telangiectasias, angiomas estelares y varículas de cualquier localización.La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
2. El médico me ha explicado que el procedimiento puede requerir, en lesiones de mayor tamaño, la utilización de anestesia local o general, de cuyos riesgos me ha informado el servicio de anestesia.
3. El tratamiento consiste en destruir de forma controlada las dilataciones vasculares y varículas de la piel con pasos sucesivos del haz de láser. El haz de láser tiene una especial afinidad por lesiones de color rojizo azuladas, produciendo un mínimo daño en el tejido adyacente.
4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor, mareos, hematomas, sangrado, infecciones, erupciones acneiformes, hiper o hipopigmentación en la zona tratada, así como que pueden quedar cicatrices dependiendo de la tendencia personal o familiar, y por tanto impredecible, a producir cicatrices alteradas (queloides), e incluso un riesgo mínimo de mortalidad. El médico también me ha dicho que para obtener mejores resultados puede ser necesaria la repetición del tratamiento.

El médico me ha prohibido exponerme al sol antes y después de cada sesión y me ha advertido que debo usar diariamente protección solar alta, durante al menos 000 meses después del procedimiento.

Sé que la técnica puede realizarse tanto de forma ambulatoria como ingreso hospitalario, para la que me ha dado recomendaciones previas.

También me ha advertido el médico que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicaciones actuales, antecedentes de herpes simple facial, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia.

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

|  |
| --- |
|  |

1. 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.

**CONSIENTO**

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.

En Madrid, a ..................de ...................................................................................... de ............................. (Lugar y fecha)

Fdo.: El / la Médico que solicita la autorización Fdo.: El paciente Fdo.: El Representante Legal,

Nombre y apellidos y nº col.: familiar o allegado

REVOCACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| **Paciente** |  |
| Don/Doña.: | de años de edad, |
| Con domicilio en: | y DNI: |
|  |  |
| **Representante legal del paciente** |  |
| Don/Doña.: | de años de edad, |
| Con domicilio en: | y DNI: |
| En calidad de | de |

REVOCO el consentimiento prestado en fecha .................................., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

|  |  |
| --- | --- |
| En Madrid | a 09/02/2019 |
| Fdo: El/la Médico | Fdo: El/la Paciente |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Fdo: El representante legal, familiar o allegado |

Conforme al Reglamento (UE) 2016 / 679 (RGPD) le informamos que los datos personales y de salud facilitados serán responsabilidad la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), con la finalidad de gestionar la relación contractual con nuestros clientes y asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial, todo ello bajo la legitimación otorgada por su consentimiento expreso o bien del propio interesado y/o con motivo de la ejecución de un contrato de servicios. No se cederán datos a terceros salvo obligaciones legales. En cuanto a sus derechos podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, limitarlos o incluso oponerse a su tratamiento. Más información sobre protección de datos en: <https://aedv.es/politica-de-privacidad/>