**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**SILHOUETTE SOFT**

Nombre Paciente:.........................................................................................................

Fecha: ........./........../..........

Por la presente autorizo al Dr………………………………………………….y/o colaboradores para realizar un tratamiento de Dermatología Estética conocido como Silhouette Soft (técnica de suspensión con suturas) al/ la paciente arriba mencionada/o o a mí misma/o.

Cada tratamiento invasivo o mínimamente invasivo tiene que ser sometido a la firma del consentimiento informado por parte del Paciente y del Medico realizador. El objetivo de este escrito es que el paciente sea consciente de los riesgos sustanciales del procedimiento antes de que este consentimiento sea firmado.

Por esto se le informa de las posibles complicaciones o los riesgos de esta operación y los tratamientos alternativos. Se le pide leer y firmar este documento de modo que su consentimiento pueda ser un “Consentimiento Informado”.

Soy consciente que:

1. La práctica de Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no me han dado garantías en cuanto a los resultados de la operación, la permanencia de los resultados o mi satisfacción por estos.
2. El tratamiento de Silhouette Soft consiste en la introducción de suturas con conos constituidas de Ácido Poliláctico y que son totalmente absorbibles.
3. Para introducir las Suturas Silhouette Soft se realizan puntos de entradas con agujas intramusculares.
4. Normalmente los puntos de introducción no son visibles después de las primeras 72 horas, pero ocasionalmente es posible que sean visibles durante más días.
5. Debido a la técnica de introducción puede aparecer una depresión cutánea alrededor del punto de introducción. Esta depresión se resuelve sin tratamiento alguno durante los primeros días. Si la depresión es más evidente y profunda, en este caso muy poco frecuente hay que intervenir para resolverla con infiltraciones subcutáneas de ácido hialurónico o con el corte de la sutura.
6. En algunos raros casos pueden ocurrir alergias locales al material de las suturas, o a las preparaciones tópicas. Reacciones sistémicas, que son más serias, pueden ocurrir por los medicamentos usados durante el tratamiento. Reacciones alérgicas puede que requieran tratamiento adicional.
7. Puede haber decoloración e inflamación en la zona tratada que puede persistir durante varios días.
8. Puede sentir dolor, tirantez e incomodidad después del procedimiento, en la cara, cuello o en la zona de la oreja, aunque por lo general es suave y se resuelven en varios días después del tratamiento.

Es posible, aunque, inusual, experimentar un episodio de sangrado, durante o después del tratamiento. El eventual hematoma superficial se absorbe desde unos días a dos semanas. En casos muy excepcionales si el sangrado ocurre luego del tratamiento, puede que requiera tratamiento para drenar la sangre acumulada (hematoma). Si ha tomado ácido acetilsalicílico durante la semana previa o los días posteriores al tratamiento el sangrado es mucho más frecuente.

1. La infección puede ocurrir como en cualquier tratamiento transcutáneo. Esto puede prolongar la curación y retrasar la cicatrización.
2. Aunque las Suturas Silhouette Soft consigan algunas mejoras en la laxitud, no corregirán toda su laxitud facial.
3. El proceso de envejecimiento continúa en los próximos años, formándole caída de piel y arrugas.
4. Además de las mencionadas hay otras complicaciones posibles en este tratamiento. Sin embargo, no es posible informarle de cada complicación concebible. La práctica de Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta, debido a esto un resultado exacto no puede ser predicho. No se pueden dar ninguna garantía de resultados específicos.
5. Reconozco que durante el curso del tratamiento pueden haber imprevistos y pueden necesitar procedimientos adicionales o diferentes a los mencionados. Por lo tanto, autorizo y solicito que el Médico mencionado, sus ayudantes o colaboradores, realice procedimientos que impliquen cirugía o radiología para solucionar estos imprevistos.
6. El tratamiento con Suturas Silhouette Soft se realiza bajo anestesia local, por lo tanto autorizo la administración de anestesia local para ser aplicada por el mencionado Doctor. En caso de Sedación u otro tipo de anestesia que no sea simplemente anestesia local, se añade consentimiento específico firmado por el Anestesiólogo.
7. El Doctor me ha informado de tratamientos alternativos, como radiofrecuencia o cirugía facial.

TENGO ALERGIAS CONOCIDAS: SI NO

ALERGIAS: .............................................................................................................

..............................................................................................................

**Consejos post tratamientos:**

1. Mantenga la cabeza elevada aunque sea 30 grados por las tres primeras noches.
2. Puede aplicar toallas con agua fría en los lugares de la cirugía durante las primeras 24 horas. (aplíquelas durante 20 minutos y luego quítelas durante 20 minutos en los periodos de tiempo que lo haga).
3. Evite cualquier presión directa en la cara y los lugares donde las suturas fueron puestas durante 3 semanas después de realizada la intervención.
4. Realice una dieta de comida suave durante los tres primeros días después de la operación.
5. No realice movimientos faciales bruscos durante las primeras semanas. Evite masticar excesivamente, hablar, bostezar, sonreír, y cualquier otro movimiento facial brusco los primeros días.

**DECLARO**

* **PACIENTE**

El médico Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve el tratamiento con SUTURAS SILHOUETTE SOFT. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones y que es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, para que el Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el personal ayudante que precise, me realicen el tratamiento con SUTURAS SILHOUETTE SOFT.

Puedo retirar mi consentimiento cuando lo desee, antes de la realización del procedimiento.

Y para que así conste, firmo el presente documento después de leído

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2.0\_\_\_\_\_.

Fdo. D.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **EL REPRESENTANTE LEGAL**

El médico Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve LA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO CON SUTURAS SILHOUETTE SOFT. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones y que es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, para que el Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el personal ayudante que precise, realicen el TRATAMIENTO CON SUTURAS SILHOUETTE SOFT a

D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Puedo retirar mi consentimiento cuando lo desee, antes de la realización del procedimiento.

Y para que así conste, firmo el presente documento después de leído

En Madrid, a \_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fdo. D.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D.N.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **MÉDICO**

Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he informado a este paciente, o a su representante legal, del propósito y naturaleza del TRATAMIENTO CON SUTURAS SILHOUETTE SOFT así como de sus riesgos y alternativas.

Fdo.: Dr. D.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Colegiado nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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/>