Doctor/a: [nombre del médico], [nombre del centro sanitario]

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA**

La inyección de **toxina botulínica de tipo A** produce la reducción selectiva y temporal de la contracción en la musculatura hiperactiva durante un periodo medio de 12,5 semanas.

El **tratamiento** consiste en infiltrar la toxina, con una aguja fina, en la zona afectada, para corregir la hiperhidrosis o el exceso de sudoración en las axilas y en las manos. El médico me ha explicado que a lo largo del tratamiento puede ser necesaria la administración de **anestesia,** de cuyo riesgo me informará el servicio de anestesia.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización podrían presentarse en raras ocasiones **efectos indeseables:** El dermatólogo me ha informado de que pueden ser: **infección** (si ocurriera, puede ser necesario un tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.), **cambios en la sensibilidad cutánea** (habitualmente se resuelven de forma espontánea a los pocos días), **asimetría** (puede no conseguirse un aspecto simétrico de la zona tratada tras un único tratamiento, por lo que pueden ser necesarios tratamientos adicionales), **ptosis** (descenso transitorio del párpado o de la ceja por la difusión del producto a los músculos cercanos, que se resuelve espontáneamente o con medicación tópica a las pocas semanas), **hematoma** (por la inyección inadvertida de un vaso sanguíneo; se resuelve a los pocos días), **reacciones alérgicas,** con eritema (enrojecimiento) generalizado o local y **picores** de tipo transitorio, que pueden durar unos días. Las reacciones alérgicas también pueden requerir tratamiento adicional.

Además, pueden necesitarse **varios tratamientos seriados** y separados en el tiempo para obtener el resultado funcional o estético deseado. Puede ser necesaria la utilización de cremas o de lociones hidratantes después de un tratamiento, especialmente en el tratamiento de la hiperhidrosis de las manos y de las axilas, para hidratar y compensar la pérdida temporal de la función de los anejos cutáneos y de las glándulas sudoríparas tratadas que participan en el exceso de sudoración.

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

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

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

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

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

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 de que tanto el médico como el resto del personal sanitario me prestarán todos los cuidados con los medios que tengan a su alcance, sin que puedan 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.

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 a que estas imágenes puedan ser difundidas con fines didácticos y científicos y reproducidas en publicaciones científicas, salvaguardando mi anonimato.

**N.º de historia:**

**Paciente**

Don / Doña [nombre del paciente], de XX años de edad, con domicilio en [domicilio del paciente] y DNI XXXXXXXXXA.

**Representante legal del paciente**

Don / Doña: [nombre del representante legal], de XX años de edad, con domicilio en [domicilio del representante legal] y DNI XXXXXXXXXA, en calidad de [calidad del representante legal] de [nombre del paciente].

En [lugar], a XX-XX-20XX

Fdo.: el/la paciente

[nombre del paciente]

Fdo.: el/la médico

[nombre del médico]

Fdo.: el representante legal, familiar o allegado

[nombre del representante legal]

**REVOCACIÓN**

**Paciente**

Don / Doña [nombre del paciente], de XX años de edad, con domicilio en [domicilio del paciente] y DNI XXXXXXXXXA, **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha XX-XX-20XX y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

**Representante legal del paciente**

Don / Doña [nombre del representante legal], de XX años de edad, con domicilio en [domicilio del representante legal] y DNI XXXXXXXXXA, en calidad de [calidad del representante legal] de [nombre del paciente], **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha XX-XX-20XX y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En [lugar], a XX-XX-20XX

Fdo.: el/la paciente

[nombre del paciente]

Fdo.: el/la médico

[nombre del médico]

Fdo.: el representante legal, familiar o allegado

[nombre del representante legal]

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD 15/99) se informa de que sus datos identificativos y de salud serán objeto de tratamiento e incorporados a los ficheros de datos sanitarios, cuya titularidad corresponde a [Titular del Fichero Sanitario]. Los datos únicamente serán utilizados con fines asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial. Las imágenes quedarán recogidas en un archivo, custodiado por profesionales sanitarios sujetos a secreto profesional, garantizando al paciente su derecho a la confidencialidad.