

Consentimiento Informado para Extirpación de Lesiones Cutáneas

Descripción del Procedimiento:

La técnica y tipo de anestesia utilizada cambia según el tipo de lesión, su tamaño y localización, pudiendo variar entre escisiones simples de la lesión con cierre directo a extirpaciones más amplias con reconstrucciones más complejas. Las lesiones extirpadas se analizarán si así corresponde. Los autoinjertos de piel son formas de cobertura mediante la toma de sectores de piel de otros sectores del organismo y fijación a sectores cruentos; los colgajos pueden estar constituidos por diferentes tejidos y ser trasladados hasta el área del defecto.

Riesgos:

Infección.

Lipotimias en personas impresionables.

Hemorragia: No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia.

Dehiscencia de suturas (separación de la herida).

Sufrimiento isquémico/necrosis de colgajos o injertos (pérdida de los mismos).

Dolor: Generalmente se soluciona por sí sólo.

Pueden darse **cicatrices anormales** tanto en la piel como en los tejidos profundos. ***Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.***

Anestesia: Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia.

Embolias: A nivel de miembros inferiores o a nivel pulmonar, que eventualmente puede conducir a la muerte.

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Riesgos Personalizados:

Generales: Recidiva, persistencia de lesiones.

Si lleva reconstrucción: Sufrimiento isquémico/necrosis de colgajos o injertos.

Párpados: Ojo seco, úlcera de córnea, ectropion, entropion, epífora.

Nariz: Colapso ala nasal, falta de proyección y altura de la punta de la nariz.

Labios: Microstomía, caída de líquidos.

Lesión de ramas sensitivas superficiales.

Otros: _____

Alternativas: No existen otras posibilidades terapéuticas más adecuadas que el tratamiento quirúrgico en su caso. Otras alternativas en particular: Radioterapia, quimioterapia, microcirugía de Mohs, criocirugía, electrofulguración y curetaje.

Responsabilidad financiera: El costo de la cirugía incluye los honorarios profesionales, las visitas de seguimiento y materiales, pero no cubre procedimientos adicionales ni tratamientos de presentar complicaciones.

Declaro:

- 1) Autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes a realizar Extirpación de Lesiones Cutáneas_____.
- 2) Reconozco que pueden surgir imprevistos y doy autorización para su tratamiento y solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas.
- 3) Autorizo la administración de la anestesia necesaria. Entiendo que la anestesia implica un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y muerte.
- 4) Reconozco que no se me ha dado garantía con respecto a los resultados y su mantenimiento a largo plazo.
- 5) Consiento ser fotografiado o filmado, siendo este material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado o expuesto.
- 6) Consiento el tratamiento de mis datos personales y me comprometo a comunicar cambios. Autorizo su cesión a cuantos profesionales sea necesario. La Dra. Barbieri garantiza la posibilidad de ejercitar mi derecho de acceso, rectificación y cancelación.
- 7) Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después de la cirugía y hasta el alta.
- 8) Doy fe de no haber omitido información relevante en mi historial médico, incluyendo alergias, enfermedades o el uso de medicamentos o sustancias.
- 9) No estoy embarazada ni en período de lactancia.
- 10) Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento.
- 11) Entiendo que pueden ser necesarios sucesivos tiempos quirúrgicos o procedimientos para correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.
- 12) Confirmo que la cirugía, riesgos y alternativas me han sido explicados por la Dra. Barbieri en un lenguaje comprensible. Lo he comprendido, entendido este documento, y la Dra. Barbieri me ha aclarado las dudas planteadas y no deseo más información.

DOY CONSENTIMIENTO, excepto el punto número: _____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre y firma Testigo: _____