

## INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EXTIRPACIÓN LESIONAL

La extirpación de lesiones es un procedimiento habitual utilizado para el diagnóstico y tratamiento.

El procedimiento consiste en extirpar el fragmento de la piel en el que se encuentra la lesión y, cuando es necesario, una zona vecina de piel sana para evitar en lo posible que la lesión se reproduzca. Para realizar la extirpación se utiliza habitualmente anestesia local y el defecto creado se sutura con puntos. En muchos casos se emplea una sustancia vasoconstrictora (asociada a la anestesia) para evitar la hemorragia y en algunos pacientes es preciso utilizar un electrocoagulador con el mismo fin.

El fragmento de piel extirpado se emplazará para estudios encaminados a efectuar o confirmar el diagnóstico (estudio microscópico, cultivos microbiológicos, etc.)

La cicatriz de la intervención puede producir defectos estéticos, especialmente en personas con tendencia a la cicatrización anómala (formación de queloides). Su médico le informará sobre los cuidados a adoptar para reducir al mínimo el riesgo de infección de la herida. La anestesia local empleada es similar a la utilizada en las extracciones dentarias y en un porcentaje muy pequeño de personas puede provocar reacciones alérgicas de diversa gravedad.

Los pacientes portadores de marcapasos pueden sufrir alteraciones en su funcionamiento por el empleo del electrocoagulador, que deberá ser evitado.

Haga constar a su médico si usted padece alguno de los siguientes procesos, en cuyo caso habrán de tomarse medidas especiales:

*Trastornos de la coagulación* (Hemofilia, trombopenia, tratamiento con anticoagulantes, etc.)

*Alergia a anestésicos locales o medicamentos de otro tipo.*

*Alergia por contacto.*

*Trastorno del ritmo cardíaco* (portadores de marcapasos)

*Anomalías de la cicatrización*

*Trastornos circulatorios* (isquemia distal, claudicación intermitente, gangrena, etc.)

*Inmunodeficiencia* (incluyendo infección por VIH, Sida)

*Hepatitis aguda o crónica.*

Si usted, o algún familiar desean mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Centro de salud.



RIESGOS PERSONALIZADOS:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D/D<sup>a</sup>.....mayor de edad,  
Con DNI:..... vecino de.....  
Calle..... n°....., teléfono.....

**MANIFIESTO**

Que he leído la hoja de información y he sido informado/a por el Dr./Dra ..... En fecha ..... (y que me han sido entregada copia de la información) del procedimiento..... e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro de Salud y del Servicio de Salud. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

**CONSIENTO:**

A los facultativos del centro de salud..... a que me practiquen el procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán utilizar las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento:

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión; Persona que autoriza (familiar o tutor legal)  
Dº/Dª..... con  
DNI.....  
En ..... calidad  
de.....

Firmo dos ejemplares en....., a..... de..... de 20

Firma del paciente

Firma del representante legal Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido  
Firma del paciente o persona autorizada Firma del testigo Firma del Facultativo  
*Firmar solo en caso de revocar el consentimiento previo* fecha:



Documentos [www.1aria.com](http://www.1aria.com)  
Consentimiento informado para extirpación lesional