

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE PAPILOMA/S

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su podólogo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D. /Dña..... de años de edad, Historia Clínica n.º..... DNI n.º, con domicilio en

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña. de..... años de edad, con domicilio en DNI n.º....., en calidad de del paciente.

DECLARO

Que el Podólogo/a N.º de Colegiado..... me ha diagnosticado Y me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento del PAPILOMA consistente en..... (Químico de aplicación tópica, físicos, medicamentosos por vía oral o parenteral, mediante agentes antivirales e inmunomodulares, citodestrucción quirúrgica, y tratamientos alternativos). He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. ACTIVIDAD PRETRATAMIENTO O PREOPERATORIO

Antes del tratamiento o cirugía pueden ser necesarias pruebas diagnósticas de alergología, analíticas, pruebas de imagen, Doppler, ecodoppler, oximetría trascutánea o pletismografía de la extremidad afectada, según se indique por el podólogo.

En el caso de padecer un trastorno psíquico, debe Ud. informarse por su Psiquiatra o Psicólogo Clínico de las contraindicaciones para la evolución o el tratamiento prescrito para dicho trastorno que pudieran derivarse de las consecuencias seguras o riesgos típicos informados por el podólogo, a fin de comprender y asumir el menoscabo en su salud psíquica.

También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas o si es necesario una profilaxis antibiótica.

2. PROCEDIMIENTO

Químico: de aplicación tópica, consistente en la aplicación de una sustancia, que puede causar dolor, siendo necesario el seguimiento y curas por el podólogo, durante semanas o meses, en función de la evolución. Las lesiones hiperqueratósicas deben ser deslaminadas antes de la aplicación del producto y después de los efectos del mismo.

La acción caustica puede producir dolor por lo que el paciente puede optar por la aplicación de una anestesia regional con carácter previo a la aplicación tópica del producto.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la aplicación tópica el mecanismo de acción es una irritación de los tejidos e inducción de una respuesta inflamatoria local con una eventual necrosis de la verruga. Si la verruga es profunda la quemadura puede producir dolor.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la aplicación tópica del agente químico son:

- a) Reacción alérgica al agente químico administrado, hipotensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
- b) Lesión de vasos adyacentes.
- c) Lesión de nervios adyacentes.
- d) Lesión de los tendones adyacentes.
- e) Infección en la zona en la que se aplica el tratamiento.
- f) Descompensación de la diabetes, hipertensión arterial o úlcera.
- g) Aparición de atrofia cutánea en la zona de administración.
- h) Trastornos de la coagulación
- i) Necrosis de la zona en la que se aplica el tratamiento, así como un mínimo porcentaje de amputación de la parte del cuerpo afectada (gangrena) o una operación para mejorar el suministro sanguíneo al área.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La lesión objeto de tratamiento puede ser objeto de procesos alternativos tales como aplicación de agentes Criógenos, terapia hipertérmica, medicamentosos por vía oral o parenteral, mediante agentes antivirales e inmunomodulares, citodestrucción quirúrgica, y tratamientos homeopáticos u otros alternativos.

6. PAUTAS DE INFORMACIÓN PARA PREVENIR CONTRAINDICACIONES.

Si por cualquier causa decide ser atendido por otro profesional, debe informarle de los tratamientos o procesos realizados, en evitación de contraindicaciones que se puede producir si se aplica un tratamiento contraindicado al que se sigue, o la alteración del tratamiento pudiera producir una sensibilización de la verruga que puede llevar a la encapsulación y a la creación de resistencias, siendo su tratamiento posterior muy difícil.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el podólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

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

Si en el momento del acto podológico surgiera algún imprevisto, el podólogo podrá variar el tratamiento o la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/ se le realice al paciente el procedimiento/tratamiento de aplicación tópica:

.....

En, a de.....de.....

Fdo. EL PODOLOGO/A

Fdo. EL/LA PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO PAPILOMA

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su podólogo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña..... de
.....años de edad, Historia Clínica n.º..... DNI n.º, con
domicilio en

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.
de.....años de edad, con domicilio en
..... DNI n.º....., en calidad
de del paciente.

DECLARO

Que el Podólogo/a
N.º de Colegiado.....me ha diagnosticado Y
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el
procedimiento/tratamiento del PAPILOMA consistente en
(Químico de aplicación tópica, físicos, medicamentosos por vía oral o parenteral, mediante
agentes antivirales e inmunomodulares, citodestrucción quirúrgica, y tratamientos alternativos).
He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. ACTIVIDAD PRETRATAMIENTO O PREOPERATORIO

Antes del tratamiento o cirugía pueden ser necesarias pruebas diagnósticas de alergología, analíticas, pruebas de imagen, Doppler, ecodoppler, oximetría trascutánea o pletismografía de la extremidad afectada, según se indique por el podólogo.

En el caso de padecer un trastorno psíquico, debe Ud. informarse por su Psiquiatra o Psicólogo Clínico de las contraindicaciones para la evolución o el tratamiento prescrito para dicho trastorno que pudieran derivarse de las consecuencias seguras o riesgos típicos informados por el podólogo, a fin de comprender y asumir el menoscabo en su salud psíquica.

También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas o si es necesario una profilaxis antibiótica.

2. PROCEDIMIENTO

Físicos: consistente en aplicación de agentes Criógenos. La aplicación de agentes criógenos no suelen requerir anestesia y producen separación dermoepidérmica por encima de la membrana basal, de modo que no dejan cicatriz después de la repitelización. Sin embargo, en algunos casos cuando la verruga es más profunda el tratamiento puede causar dolor y dejar cicatriz. Es un proceso que debe aplicarse durante varias semanas, llegando en algunos casos a prolongarse durante 15 semanas.

La acción caustica puede producir dolor por lo que el paciente puede optar por la aplicación de una anestesia regional con carácter previo a la aplicación tópica del producto.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la aplicación del agente criógeno, si la quemadura producida es intensa, puede resultar bastante doloroso y además aumentar el riesgo de infección, pudiendo dejar cicatriz, según la profundidad de la quemadura.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la aplicación del agente criógeno son:

- a) La aparición de una ampolla de contenido hemorrágico puede conllevar la aparición alrededor de la sesión de nuevas verrugas en forma de collarete.
- b) Pueden producirse infecciones si el paciente pincha o revienta la ampolla.
- c) Lesión de vasos adyacentes.
- d) Lesión de nervios adyacentes.
- e) Lesión de los tendones adyacentes.
- f) Infección en la zona en la que se aplica el tratamiento.
- g) Descompensación de la diabetes, hipertensión arterial o úlcera.
- h) Aparición de atrofia cutánea en la zona de administración.
- i) Trastornos de la coagulación
- j) Necrosis de la zona en la que se aplica el tratamiento, así como un mínimo porcentaje de amputación de la parte del cuerpo afectada (gangrena) o una operación para mejorar el suministro sanguíneo al área.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La lesión objeto de tratamiento puede ser objeto de procesos alternativos tales como aplicación de agentes químicos por aplicación tópica, terapia hipertérmica, medicamentosos por vía oral o parenteral, mediante agentes antivirales e inmunomodulares, citodestrucción quirúrgica, y tratamientos homeopáticos u otros alternativos.

6. PAUTAS DE INFORMACIÓN PARA PREVENIR CONTRAINDICACIONES.

Si por cualquier causa decide ser atendido por otro profesional, debe informarle de los tratamientos o procesos realizados, en evitación de aplicación de tratamientos contraindicados, o alteraciones del tratamiento que pudiera producir flictenas hemorrágicas dolorosas, infecciones secundarias y sensibilización de la verruga que puede llevar a la encapsulación y a la creación de resistencias, siendo su tratamiento posterior muy difícil.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el podólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

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

Si en el momento del acto podológico surgiera algún imprevisto, el podólogo podrá variar el tratamiento o la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones

clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/ se le realice al paciente el procedimiento/tratamiento de aplicación de agentes criógenos:

.....

En, a de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL