

Documento Consentimiento Informado

PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA TÓPICA

PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS PLANTARES Y PAPILOMAS

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/a 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:

D./Dña.de años de edad, Historia Clínica nº, DNI nº..... y con domicilio en:

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO:

D./Dña. de años de edad, con domicilio en DNI nº, en calidad de del paciente. (Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho).

DECLARO: Que el/la Podólogo/a D./Dña., número de Colegiado/a, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento: **PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA TÓPICA DE ÁCIDOS, CRIOTERPIA, LASER O VESICANTES PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS PLANTARES Y PAPILOMAS**, mediante la siguiente técnica quirúrgica:

He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

PROCEDIMIENTO

Ante este tipo de lesión papilomatosa está indicada la aplicación de tratamientos tópicos, ácidos o vesicantes, crioterapia, laser. **PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA TÓPICA DE ÁCIDOS, CRIOTERPIA O VESICANTES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PAPILOMAS Y VERRUGAS PLANTARES.**

CONSECUENCIAS SEGURAS

Tras la aplicación de tratamientos tópicos.

- Después de la aplicación de estos tratamientos sufrirá dolor, irritación e inflamación en la zona tratada debido al efecto terapéutico que puede prolongarse durante algunas horas o días.
- Precisaré guardar reposo relativo las primeras 24/48 horas, aunque podrá realizar pequeños paseos, pero no permanecer estancias prolongadas de pie.
- Deberé mantener el pie sin mojar durante 48 horas para mantener el agente en contacto con la lesión y evitar su dilución.

DESCRIPCION DE LOS RIESGOS POTENCIALES

- Puede presentar, por efecto de la sustancia cáustica, quemadura de la lesión que puede afectar a tejidos blandos perilesionales y requerir un posterior tratamiento.
- Infección de la herida, que puede ser superficial (se resuelve con limpieza local y antibióticos) o profunda que pueden necesitar desbridaje quirúrgico.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como: reaparición de la deformidad con el tiempo, necrosis (muerte) de la piel de la zona intervenida, retrasándose el proceso de curación, cicatriz dolorosa y antiestética. En caso de recidiva o recurrencia del proceso puede requerir una intervención quirúrgica para su eliminación completa o amputación.



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, D./Dña.,
en mi calidad de paciente.

D./Dña., en
mi calidad de representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, de D./Dña.
.....

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento,
que doy con esta fecha por finalizado.

En, a de de

Fdo. Paciente, representante legal, familiar o persona vinculada de hecho