

## **Documento de consentimiento informado para tratamiento mediante CRIOTERAPIA**

Don/doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con  
domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_  
Don/doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con  
Domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_  
En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### **DECLARO**

Que el dr. \_\_\_\_\_ me ha indicado que es conveniente proceder a realizar un tratamiento con crioterapia CRIOTERAPIA

1. El objetivo de la técnica eliminar una lesión cutánea o erradicar un tumor cutáneo benigno o maligno mediante la aplicación de un agente criogénico. El médico me ha explicado que puede ser necesaria la administración de anestesia
2. El tratamiento consiste en aplicar el agente (nitrógeno líquido u otro) sobre la zona a tratar. Al cabo de unas horas notaré hinchazón de la zona e incluso la formación de ampollas, con o sin sangre, así como posterior necrosis del tejido, que deberé tratar según se me ha indicado.
3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor local, sangrado, alteraciones del color de la piel, cicatrices e infección. La calidad de la cicatriz depende además de los cuidados de la herida y de factores personales, por lo que puede quedar una cicatriz poco estética que puede requerir posterior corrección.
4. El médico me ha indicado que esta técnica está contraindicada en urticaria al frío, crioglobulinemia o criofibrinogenemia. Se también que debo avisar de alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales son:

Se ha considerado este método como el más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me ha propuesto.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y se me ha permitido realizar las observaciones y aclarar las dudas que he planteado.

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 los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones

### **CONSIENTO**

Que se me realice tratamiento con CRIOTERAPIA

En

Fdo. El médico

El paciente

El representante, familiar o allegado