

Documento de consentimiento informado para biopsia cutánea

Don/doña _____ de _____ años de edad, con domicilio
en _____ en _____ Hra clínica _____ y DNI nº _____

DECLARO

Que el Dr. _____ me ha indicado que es conveniente proceder, en mi situación, la realización de UNA BIOPSIA CUTÁNEA

1. El objetivo de la técnica ES ESTABLECER Y CONFIRMAR el diagnóstico clínico mediante el estudio histológico de un fragmento de piel. El médico me ha explicado que puede ser necesaria la administración de anestesia
2. El tratamiento consiste en la toma de una muestra de mi piel enferma para analizarla en un laboratorio de Anatomía Patológica. Dicha toma se realizará mediante _____ y posteriormente se reconstruirá o no el defecto resultante mediante _____
3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables. También se me ha advertido que son posibles complicaciones poco frecuentes que incluyen sangrado e infección de la herida y reacción a los anestésicos empleados que pueden provocar alergia, excepcionalmente grave, y que la calidad de la cicatriz depende además de la técnica de sutura empleada y de los cuidados de la herida de factores personales, por lo que puede quedar una cicatriz poco estética que puede requerir su corrección.
4. Comprendo que este método es el más adecuado de diagnóstico y que una vez establecido se me indicarán las opciones terapéuticas. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar dicha técnica..

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

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 el mencionado procedimiento quirúrgico de biopsia cutánea, disposición que puede revocar en cualquier momento

En _____

El paciente

El representante, familiar o allegado

Fdo. El médico

