

Consentimiento informado Toxina Botulínica Tipo A

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que el objetivo de la técnica es la reducción selectiva y temporal de la contracción en la musculatura hiperactiva, durante un periodo habitualmente que oscila entre 4 y 6 meses, mediante la acción selectiva de la toxina botulínica tipo A en las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

El médico me ha explicado que el procedimiento se realiza habitualmente sin anestesia, y en algunas ocasiones con anestesia local.

El tratamiento consiste en la inyección de toxina botulínica en aquellas áreas donde se pretende obtener su efecto. La técnica está indicada principalmente en:

- Estrabismo y blefaroespasma asociados a distonía muscular.
- Asimetría facial y arrugas faciales causadas por la hiperactividad muscular, en la zona frontal, periorbitaria, peribucal y cervical.
- Hiperhidrosis o exceso de sudoración en axila y manos.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables:

Poco frecuentes y poco graves: como infección, cambios en la sensibilidad cutánea, reacciones alérgicas, asimetría de la zona tratada, sequedad de manos y axilas por hipofuncionalidad temporal de los anejos cutáneos y glándulas sudoríparas. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está completamente exento de riesgos importante, incluso de mortalidad, si bien esta posibilidad es extremadamente infrecuente.

El médico también me ha dicho que para obtener mejores resultados puede ser necesaria la repetición del tratamiento.

También me ha advertido el médico que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicaciones actuales, antecedentes de herpes simple facial, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: cmed@cmed.es, adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa

Dr/a:

Colegiado nº Fecha:

Firma del paciente

D/Dª:

Fecha:/...../.....

D./Dª:, con DNI: en calidad de

a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha:/...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.

**DIRECCIÓN**

Oquendo 23 Bajo 2
28006 Madrid
Tel: 91 562 02 90

CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90
Email: cmed@cmed.es
www.cmed.es

SOCIAL

 /CentroMedico
EnfermedadesDigestivas
 @TWC MED
 @cmed_es

VIDEOCONSULTA

También disponible por
 VIDEOCONSULTA
Más info: cmed.es/e.cmed.php