# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN DE CONDILOMA ACUMINADO

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre y apellidos del paciente: ……., nº historia: ……

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: ……

**INFORMACION GENERAL**

Este documento sirve para que usted, o quien le represente, de su consentimiento para esta intervención y pueda llevarse a cabo. En cualquier momento puede retirar dicho consentimiento. De su revocación, no derivará ninguna consecuencia ni acción adversa respecto de la atención médica que precise

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Los condilomas acuminados son verrugas que salen en la piel a consecuencia de una infección por un virus. Entiendo que el condiloma puede afectar el ano tanto por dentro como en la piel que lo rodea. Mediante este procedimiento se me va a eliminar las lesiones perianales que sean visibles, sabiendo que el virus sigue en la piel y que las lesiones pueden volver a salir. Debido a que las lesiones se extirpan con bisturí eléctrico, quedarán zonas de quemadura superficial.

En la mayoría de casos esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**

El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, me va a extirpar los condilomas acuminados, con intención de aliviar mis síntomas y prevenir la evolución a lesiones de mayor tamaño o de tipo maligno.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

Aunque el tratamiento tópico puede conseguir resultados similares tras varias sesiones de tratamiento. En caso de no recibir tratamiento, las lesiones se pueden hacer de mayor tamaño y eventualmente progresar a un tumor maligno. En caso de que desee un tratamiento rápido y radical de las lesiones, la alternativa mas eficaz es extirpar las mismas.

**RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

**Riesgos poco graves y frecuentes:** dolor prolongado, retraso en la cicatrización, sangrado, supuración, retención aguda de orina.

**Riesgos menos frecuentes y más graves:** Reproducción de la lesión, estenosis anales postcicatriciales, sobrinfección de la piel perianal.

Estas complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención y excepcionalmente puede producirse la muerte.

**RIESGOS PERSONALIZADOS (POR SU PATOLOGÍA) Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:**

……

……

**CONSIDERACIONES ESPECIALES:**

En general no existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y su situación clínica componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente y que pueden hacer desaconsejable el procedimiento.

**¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:**

……

……

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN DE CONDILOMA ACUMINADO

**HOJA DE DECLARACIONES Y FIRMAS**:

D./Dª: …… con DNI: ……..……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones. Por ello tomo consciente y libremente la decisión de autorizarla.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA ☐ )que:
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo a que la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes, de investigación o de difusión del conocimiento científico.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa
Dr/a: ……
Colegiado nº ……..
Fecha: ……

Firma del paciente
D./Dª: ……

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: ……

**Denegación de la intervención / Rechazo del consentimiento:**

D./Dª: ……., con DNI: ……..……
NO AUTORIZO LA INTERVENCIÓN / REVOCO EL CONSENTIMIENTO. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad que padezco/padece el paciente.

**Firma del paciente** **Firma del representante**

Fecha ……

**Revocación del consentimiento:**

D./Dª: ……., con DNI: ……..……
REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

**Firma del paciente** **Firma del representante**

Fecha ……