



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** Les tècniques de cirurgia menor són xicotetes intervencions que es realitzen sobre la pell, amb anestèsia local, en les quals no són esperables complicacions importants. Aquests procediments duren entre 10 i 30 minuts, i en finalitzar podrà tornar a la seua casa. Pot acudir després d'haver menjat o begut alguna cosa. Si ho prefereix, pot fer-se acompanyar per un familiar o un amic, encara que aquest, en general, no podrà entrar a la sala d'intervenció. El seu metge l'informarà de la tècnica a realitzar. Els tipus de tècniques que més es practiquen són:

• Escissions: Tangencials (afaitat), Cilíndriques (*punch), Fusiformes. S'elimina la lesió de manera parcial o completa amb una porció de pell sana al voltant.

• Biòpsies: Es pren un fragment de la lesió per a la seua anàlisi. En tots dos casos la pell es repara amb una sutura de punts o grapes. En general la peça extirpada s'envia al laboratori per al seu estudi i confirmació diagnòstica.

• *Electrocoagulació (cauterització): Es destrueix la lesió mitjançant un bisturí elèctric i no precisa sutura.

Si és el seu cas, el seu metge l'informarà d'altres tècniques possibles (*curetaje, cirurgies de l'ungla, extirpació de quistos etc...)

2. **Com es realitza?:** Es poden realitzar pel metge de família en el centre de salut. Si fora necessari s'enviarà a analitzar la lesió extirpada. Després de la intervenció es podrà cosir la pell amb punts, cobrint-se amb un apòsit de gasa i aconsellant un cert repòs de la zona afectada.
3. **Quins riscos té?:** En alguna ocasió es presenten complicacions locals com a inflamació o infecció de la zona, el sagnat de la ferida o una cicatriu imperfecta. Les complicacions greus són infreqüents (síncope, reacció al·lèrgica a l'anestèsia, intoxicació per anestèsics, infecció generalitzada, arrítmies cardíacques, etc.) i requereixen atenció urgent en el centre de salut.
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** Molèsties postoperatòries; en general és probable i normal que tinga molèsties després de la intervenció. Pot prendre qualsevol analgèsic que tolere. Les molèsties han d'anar a menys, si no és així acudisca o pose's en contacte amb el Centre de Salut

Signes d'infecció: Vores de la ferida enrogits en més d'1 cm. de marge, ferida dolorosa i calenta, *supuración, línies roges localitzades per damunt de la ferida, si es tracta d'una extremitat: febre o esgarrifances.

Hemorràgies: Si la ferida drena una col·lecció *sanguinolenta, convé pressionar durant uns minuts, si no cedeix, haurà d'acudir al Centre de Salut.

5. **Conseqüències previsibles de la no-realització:** El seu metge l'informarà segons la patologia motiu de la intervenció.
6. **Alternatives:** El seu metge l'informarà segons la patologia motiu de la intervenció.
7. **Riscos en funció de la situació del pacient:** Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són

8. DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVINCIA	TELEFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NÚM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprès la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

Autoritze la realització d'aquest procediment

No autoritze la realització d'aquest procediment

_____, de _____ de _____

Pacient / el seu representant

Professional sanitari/ària

Signatura:

Signatura: _

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____, de _____ de _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/ària

Signatura:

Signatura: _

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____, de _____ de _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/ària

Signatura:

Signatura: _