

UNIDAD DE DOLOR	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON PARCHES DE CAPSAICINA 8 %	F-UDO-__
		EDICIÓN: 1

El presente documento formaliza el acuerdo entre el Sr./Sra.

Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
DNI

y la Unidad de Dolor de en cuanto la aplicación de un parche cutáneo cuyo principio activo es capsaicina al 8% , de acuerdo con la información médica que le ha sido explicada de forma clara y comprensible por el Dr./Dra..... (Nº de Colegiado:.....).

1. Este documento tiene como **objetivo** reflejar que usted ha sido informado sobre la técnica analgésica que se le propone, sus complicaciones y alternativas.
2. **Técnica propuesta: Tratamiento con parches de capsaicina al 8%**
3. **Información del procedimiento y recomendaciones previas.**
 - El tratamiento con parches de capsaicina 8% consiste en la aplicación de un parche en zonas cutáneas dolorosas (se utiliza un máximo de 4 parches) .
 - Puede ser que se le administre un anestésico tópico en la zona de tratamiento o se le administre un analgésico oral antes de aplicar el parche para reducir las posibles molestias propias de la aplicación.
 - No es necesario venir en ayunas. No deje de tomar su medicación habitual.
 - La duración del tratamiento es aproximadamente de una hora y media, ya que el parche debe estar colocado entre 30 y 60 minutos.
 - No debe aplicarse el tratamiento usted mismo; el parche debe ser administrado por personal cualificado bajo supervisión médica.
 - Si la zona a tratar tiene vello, rasúrelo en casa 3 días antes del tratamiento, sin apurar en exceso para evitar erosionar la piel.
 - El parche debe guardarlo y transportarlo SIEMPRE en posición horizontal.
 - El día del tratamiento limpie la zona pero no se aplique cremas.
 - Es recomendable traer ropa cómoda.
 - Puede venir acompañado y es muy aconsejable que traiga algún libro, revista o pasatiempo para distraerse mientras el parche actúa.
4. **Riesgos personalizados:**
.....
.....
5. **Alternativas a la técnica:**

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicado un tratamiento con parches de capsaicina al 8%. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuanto lo estime oportuno

 SÍ NO

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la técnica, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud

 SÍ NO

Autorizo que se puedan utilizar, de forma anónima, datos específicos y concretos de la técnica analgésica al que usted se va a someter con fines docentes y científicos.

 SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión de conocimiento científico.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Fdo.....

Fdo.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente)

D./Dña.....D.N.I.....

.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, D/ Dña _____ después de ser informado/a del tratamiento que se me va a realizar y sus riesgos, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión .

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Nombre.....

Nombre.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):

D./Dña.....D.N.I.....

...

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma