

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

Nº de Historia: \_\_\_\_\_

Don/Doña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*  
Con domicilio en: \_\_\_\_\_ y DNI: \_\_\_\_\_  
*(Domicilio del paciente)*

Don/Doña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal)*  
Con domicilio en: \_\_\_\_\_ y DNI: \_\_\_\_\_  
*(Domicilio del representante legal)*  
En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)*

### DECLARO

Que el DOCTOR/A \_\_\_\_\_  
*(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)*

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TOXINA BOTULINICA TIPO A

1.- 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.

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

3.- 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, peribuca y cervical.
- Hiperhidrosis o exceso de sudoración en axila y manos.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, en general 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.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: \_\_\_\_\_

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

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.

5.- En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le 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

## CONSENTIMIENTO

que se me realice **TRATAMIENTO CONTOXINA BOTULÍNICA TIPO A**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

## REVOCACIÓN

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad, (Nombre y dos apellidos del paciente)
Con domicilio en: _____ y DNI: _____ (Domicilio del paciente)

Don/Doña.: _____ de _____ años de edad, (Nombre y dos apellidos del representante legal)
Con domicilio en: _____ y DNI: _____ (Domicilio del representante legal)
En calidad de _____ de _____ (Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado