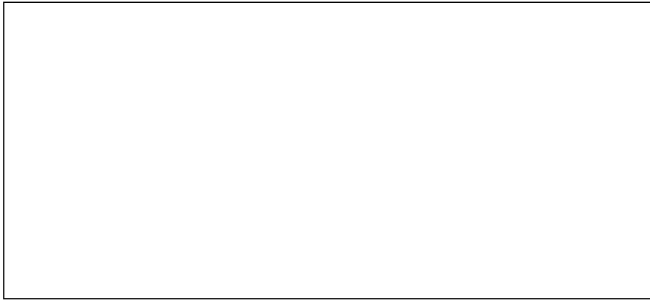


**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PEELING QUÍMICO CON ÁCIDO TRICLOROACÉTICO AL 30%<sup>1</sup>**



D./Dña.: ..... de ..... años de edad  
(Nombre y dos apellidos)  
con domicilio en ..... y D.N.I.nº .....  
en calidad de ..... de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/a D./Dña ..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento PARA PEELING QUÍMICO CON ÁCIDO TRICLOROACÉTICO AL 30%

- 1.-Mediante este procedimiento se pretende mejorar el aspecto externo de mi piel periorcular.
- 2.-El médico me ha advertido que el procedimiento puede requerir la aplicación de anestesia local/tópica.
- 3.- **CONSIDERACIONES GENERALES** Por razones varias como la edad, la raza, la herencia, exposición al sol, el hábito de fumar, etc... los tejidos periorculares de los párpados condicionan su flaccidez y distensión. Una de las opciones médicas para el tratamiento de la pérdida de tersura de la piel es la remoción de las capas más externas de la piel mediante su exposición a agentes químicos que producen la sustitución de las capas más externas y afectadas por un estrato nuevo y terso. El ácido tricloroacético a la concentración del 30% es una de las opciones más seguras y efectivas de cuantas han sido testadas médicamente.

**4.- RIESGOS/ COMPLICACIONES**

A pesar de ser un tipo de ácido y una concentración de muy segura utilización, pueden existir ciertos efectos indeseables. Lo más frecuente y menos grave es la existencia de un cierto grado de molestia, picor, escozor y sensación de quemazón tras el tratamiento.

Se trata de un peeling de grado medio que tiene una penetración baja en la piel, a veces puede existir una profundización excesiva que conlleve cicatrización aberrante o infección, de todas formas tratables con medicación. La hiper o hipopigmentación de la piel es un proceso que puede llegar a ser definitivo, pero de muy baja frecuencia de aparición.

No se puede ofrecer una garantía absoluta de resultados, ya que éste dependerá de múltiples variables, como edad, tipo de piel, daño previo solar, clima, hábito de fumar, etc.

- 5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como .....
- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o de cualquier otra circunstancia.
- Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos y complicaciones como .....

Por las características propias de mi proceso, estado oftalmológico previo y las relacionadas con mi calidad de piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como.....

- 6- **ALTERNATIVAS** Existen técnicas de peeling basadas en la acción del láser, quizá más agresivas, y si se desea la remoción simultánea de las bolsas de grasas deberá ser considerada una intervención de blefaroplastia.

**7- DECLARO** Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas

Que el procedimiento descrito es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización., siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado del mismo sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso.

<sup>1</sup> Ley General de Sanidad Art. 10

Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Que se me ha ofrecido una copia de este documento.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

**8. Destinatarios y finalidades que requieren consentimiento expreso. Le rogamos marcar una de las siguientes opciones: SI ( ) NO ( ) AUTORIZO:** a que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares. A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado. A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes. Y en tales condiciones

#### CONSENTO

**QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO DE PEELING QUÍMICO CON TCA AL 30% así como las maniobras u operaciones que sean necesarias .**

En ..... a ..... de ..... 2

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El 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 D.N.I. nº .....

En calidad de paciente / representante legal, familiar o allegado

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

En ..... a ..... de ..... 2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado