DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA SUTURA DE HERIDA

PACIENTE

D/Dª_____DNI_____

CENTRO DE ATENCIÓN_____POBLACIÓN_____

REPRESENTANTE LEGAL

D/Dª_____DNI_____

En calidad de_____

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

He sido informado/a de que presento una herida que requiere cierre mediante sutura, con el objetivo de favorecer la cicatrización, disminuir el riesgo de infección y mejorar el resultado estético y funcional.

El procedimiento incluye: Limpieza de la herida, aplicación de antiséptico, administración de anestesia local (si procede), cierre mediante sutura (hilo, grapas u otro material adecuado), colocación de apósito.

BENEFICIOS ESPERADOS

Correcta cicatrización de la herida, disminución del riesgo de infección, mejora del resultado estético, recuperación de la función de la zona afectada.

RIESGOS Y/O POSIBLES COMPLICACIONES

Como en cualquier procedimiento, pueden aparecer complicaciones, **poco frecuentes:**

- Dolor o molestias durante o después del procedimiento
- Sangrado
- Infección de la herida
- Dehiscencia (apertura de la herida)
- Reacción alérgica a anestésicos o materiales
- Cicatriz antiestética o queloide
- **Muy poco frecuentes:** Lesión de estructuras cercanas (nervios, vasos).

ALTERNATIVAS

Se me ha informado de las posibles alternativas según el tipo de herida: Cierre con tiras adhesivas o pegamento tisular, cura por segunda intención (sin sutura), no tratamiento (con mayor riesgo de infección y mala cicatrización).

RIESGOS EN FUNCIÓN DE LAS PARTICULARIDADES DEL PACIENTE

Condiciones como diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, tabaquismo, tratamientos anticoagulantes, coagulopatías, o algún tipo de inmunosupresión pueden aumentar el riesgo de sangrado, dificultar la cicatrización y llevar implícitas complicaciones potencialmente serias.

CUIDADOS POSTERIORES

Se me han explicado los cuidados que debo seguir:

- Mantener la herida limpia y seca
- Vigilar signos de infección (enrojecimiento, calor, supuración, fiebre)
- Acudir a revisión y retirada de puntos en el tiempo indicado
- Seguir las recomendaciones del profesional sanitario
-

DECLARACIONES Y FIRMAS

D/Dª_____,con DNI_____

Si procede, su representante legal: D/Dª_____

DNI_____, en calidad de_____
DECLARO que **D/Dª**_____, _____, _____

(Nombre y apellidos del médico) **(Categoría profesional)** **(N° colegiado/a)**

Me ha dispensado información clara, suficiente y comprensible sobre el procedimiento, he comprendido la información recibida, he podido formular preguntas y han sido resueltas satisfactoriamente y entiendo los riesgos, beneficios y alternativas.

DOY MI CONSENTIMIENTO, libre y voluntariamente, para la realización del procedimiento de sutura sobre el cual he sido informado/a.
Entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento, sin necesidad de justificar mi decisión y sin que ello repercuta en la calidad de la atención recibida.

En _____, a ____ de _____ de 20

Firma del profesional sanitario que informa Firma del paciente Firma de el/la representante legal
D./ Dª …… D./Dª…… D./Dª……
Colegiado n°……..

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/Dª_____,con DNI_____

Si procede, su representante legal: D/Dª_____

DNI_____, en calidad de_____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha_____. No deseo proseguir el procedimiento, que doy por finalizado con esta fecha.

En _____, a ____ de _____ de 20

Firma del profesional sanitario que informa Firma del paciente Firma de el/la representante legal
D./ Dª …… D./Dª…… D./Dª……
Colegiado n°……