

INSERTAR LOGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DERMAPEN

Don/Doña*de.....años de edad,
con domicilio en.....y D.N.I.
nº..... en calidad de**

**(Nombre y dos apellidos del paciente)*

*** (Paciente, Representante legal, familiar o allegado)*

Que el profesional:

.....

(Nombre y dos apellidos del profesional que facilita la información)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir:

FINALIDAD:

El dispositivo DERMAPEN se utiliza para la realización de tratamientos de estética facial a través de la técnica de micropunción o “microneedling”. En este caso el tipo de DERMAPEN aplicado es _____.

Las micro agujas cutáneas aceleran el proceso de regeneración de la piel mediante la creación de numerosas micro orificios que surgen cuando la piel se perfora profundamente con agujas muy finas, que actúan a modo de túneles, de forma que los activos acceden a las capas profundas de la piel de manera rápida y efectiva. Al mismo tiempo, las micro perforaciones producidas favorecen la reparación de la matriz dérmica, estimulando la producción de colágeno y elastina.

DERMAPEN activa los factores de crecimiento plaquetario que son responsables de la estimulación de los fibroblastos para producir colágeno y elastina. Además, la degradación de la piel mejora la penetración de los ingredientes activos.

Debido al hecho de que las micro agujas cutáneas estimulan la síntesis de importantes elementos estructurales y de reconstrucción de la piel (colágeno, elastina, proteoglicano), se utiliza en el tratamiento de muchos defectos de la piel de diferentes etiologías (p. ej., fotoenvejecimiento, arrugas, pérdida de elasticidad, cicatrices hipo o hipertróficas, cambios de pigmentación, ojeras infraorbitarias, telangiectasias, estrías, celulitis, alopecia y vitíligo).

El tratamiento se puede realizar con el uso de diferentes dispositivos, todos equipados con agujas de distintas longitudes. Para acelerar la regeneración posquirúrgica y/o potenciar los efectos, la micro aguja se combina con la aplicación de luz UV (terapia fotodinámica con ALA), luz LED, plasma rico en plaquetas, peelings químicos, células madre, retinoides y otros fármacos, y vitaminas.

La intención del tratamiento es mejorar_____y se realizará en la zona_____.

En este tratamiento, **solo trabajaremos hasta el nivel epidérmico**, es decir, no sobrepasaremos la capa basal y, nuestro objetivo es mejorar la absorción de los principios activos hasta la epidermis. Nunca superaremos una profundidad de 0.50mm en tratamientos faciales y 1.5mm para tratamientos corporales, conforme el Reglamento de Ejecución (UE) 2022/2346.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos adversos, como:

- Riesgos y complicaciones comunes a cualquier tratamiento estético, entre otras: reacciones alérgicas a la sustancia empleada (por lo general leves, que remiten bajo el tratamiento adecuado o incluso sin tratamiento). Efectos tales como hematomas, edemas o inflamación, que no suelen aparecer con demasiada frecuencia y que remitirán generalmente sin necesidad de ser tratados en el plazo

de 1 a 2 días.

- Enrojecimiento de la piel, sequedad y tirantez. Son los efectos más frecuentes debido a la irritación y las micro heridas que se producen. Tiene una duración de entre varias horas y hasta 2-3 días en casos de pieles sensibles. No tiene mayor consecuencia y es un efecto natural.
- Riesgos y complicaciones específicos de este tratamiento que me han sido explicados y que asumo y acepto. Especial, aunque con muy poca probabilidad aparecen: hematomas, decoloración y lesiones acneiformes en la zona tratada.

CIRCUNSTANCIAS PERSONALES

He informado al profesional de todos los datos de mi historia clínica como alergias, enfermedades o tratamientos que me he realizado, y expresamente de mis antecedentes personales de posibles alergias a medicamentos, fotosensibilidad, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicamentos actuales, antecedentes de herpes simple facial, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales:.....
.....

CONFIRMO que, respecto al tratamiento mencionado, el profesional me ha explicado en profundidad y en palabras comprensibles para mí los riesgos típicos que tiene, los efectos no deseados, los riesgos característicos a mi persona, así como las molestias o, en ocasiones, dolores que puedo sentir teniendo un post-tratamiento normal.

ACEPTO que puedan ocurrir los RIESGOS Y COMPLICACIONES descritos como inherentes a estetratamiento. Entre otros principales riesgos que me han sido explicados son los siguientes: aparición de hematomas, rojeces, inflamación, alergia, etc., todos ellos de carácter transitorio.

RECOMENDACIONES ANTE EFECTOS ADVERSOS

RECONOZCO que en el curso del tratamiento pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y doy aquí mi expresa autorización para el tratamiento de las mismas, incluyendo además procedimientos como biopsias, radiografías, etc. En caso de complicaciones durante el tratamiento autorizo al Centro a solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

COMPREENDO que el fin del tratamiento es mejorar mi apariencia existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda no ser el esperado por mí. En este sentido, se me informa que el resultado estético del tratamiento depende de factores individuales. Sé que la medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta. Comprendo que el resultado pueda no ser el esperado por mí y reconozco que no se me ha dado, en absoluto, tal garantía.

SE ME HA INFORMADO que el número de sesiones y/o cantidad de producto que es necesario para conseguir el efecto deseado se me ha comunicado de forma orientativa, siendo imposible de antemano conocer la cantidad exacta de producto o número de sesiones que son necesarias, por la diferente forma de absorción/reacción de cada paciente.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO Y AUTORIZO

Que se me realice el **TRATAMIENTO CON DERMAPEN:**

En....., a.....de.....de.....

(Lugar y fecha)

Fdo.: Profesional

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

En calidad de, **no consiento** que se me realice el tratamiento con DERMAPEN.

Don/Doña*.....de.....años de edad,
con domicilio en.....y D.N.I.
nº.....

**(Nombre y dos apellidos del paciente)*

*** (Paciente, Representante legal, familiar o allegado)*

En....., a.....de.....de.....

(Lugar y fecha)

Fdo.: Profesional

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado