



Sociedad Norte  
del Dolor

1º APELLIDO \_\_\_\_\_

2º APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON PARCHES DE CAPSAICINA 8%**

### **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, rasúreelo 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

### **COMPLICACIONES ASOCIADOS A LA TÉCNICA**

Molestias locales en el lugar de la aplicación del parche. Picor, calor y enrojecimiento de la piel durante y unas horas posteriores a la aplicación del parche de capsaicina 8%.

No tocar el parche y no frotarse los ojos sin previamente haberse lavado las manos.

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

.....  
.....  
.....

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos de la y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice el **TRATAMIENTO CON PARCHES DE CAPSAICINA 8%**

Firma del paciente

Firma del médico

Dr. D. \_\_\_\_\_

.....

.....

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

Firma ..... DNI .....

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PARCHES DE CAPSAICINA 8%**

Revoco el consentimiento para la realización del **TRATAMIENTO CON PARCHES DE CAPSAICINA 8%**.

Firma del paciente

Fecha