

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CURA CHIVA

Nº HISTORIA

Don/Doña..... deaños de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña..... deaños de edad.
(Nombre y dos apellidos)

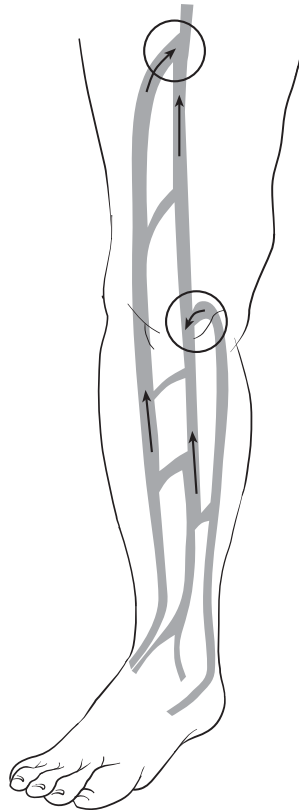
Con domicilio en y D.N.I. nº

En calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

DECLARO:

Que el doctor / a
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

1.- Me ha explicado que en mi situación es conveniente recibir tratamiento de las varices de los miembros inferiores en forma de CURA CHIVA.



2.- Me ha informado que:

- Las varices son dilataciones de las venas superficiales de las piernas, que funcionan de manera anormal y no conducen la sangre hacia el corazón. A veces sólo son un problema estético, pero suelen producir dolor, cansancio, pesadez de piernas o hinchazón. Con el tiempo pueden aparecer flebitis, úlceras, o incluso romperse las venas y sangrar.

- Esta intervención consiste en *ir cerrando las venas por encima o por debajo de las comunicaciones entre ellas* para dirigir hacia arriba la circulación de la sangre. Suele hacerse a través de mini-incisiones sobre las venas que se vayan a cerrar. Antes de la operación hay que dibujar un mapa de las venas sobre la piel (cartografía), que se hace con una ecografía.

- La anestesia suele ser local, pero depende de los anestelistas y ellos me explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.

3.- Me ha informado que NO suele haber complicaciones importantes. Lo habitual es que pueda volver a casa caminando, con una media o una venda, y hacer una vida relativamente normal.

4.- Comprendo que aunque esta técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación. Pueden ser inesperadas o relacionarse con mi situación general (diabetes, obesidad, hipertensión, cardiopatía, etc.):

.....

También comprendo que a veces:

- Puede haber alguna complicación a nivel de las heridas (hematomas, líquido acumulado (seromas), o infecciones).

- Pueden formarse trombos en las venas profundas de la pierna (es muy raro) o en las venas que quedan cerradas.

5.- He comprendido y aceptado que las venas no se quitan, y el aspecto de las varices después de la operación puede ser parecido.

6.- Aunque no haya ningún problema, mi médico me ha explicado que con el tiempo:

- Pueden quedar algunas manchas en las zonas de los hematomas o que no desaparezcan todas las varices (residuales).

- Pueden aparecer varices nuevas (recidivadas).

- Pueden quedar marcas oscuras a nivel de las cicatrices.

- Para controlar la evolución tendré que hacerme ecografías cada cierto tiempo, y es posible que en el futuro necesite otras técnicas para completar el resultado.

7.- Me ha informado que como alternativa a esta técnica y de forma general (según el tipo de varices) se pueden:

- Quitar las venas principales (safenectomías).

- Quitar sólo las venas pequeñas que están dilatadas (varicectomías).

- Eliminarlas con fuentes de calor (láser, radiofrecuencia), productos químicos (esclerosis, espuma) o con frío (crioesclerosis). Estas opciones suelen estar fuera de la Medicina Pública.

También es posible NO quitar las venas y sólo tratar de controlar las molestias con ejercicios, medias de compresión y algunas medicinas.

He comprendido las explicaciones que me ha dado mi médico en un lenguaje claro y sencillo, y he podido aclarar todas las dudas que se me han planteado.

Entiendo que puedo cambiar de opinión y decidir no operarme sin tener que dar ninguna explicación.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el tipo de tratamiento y sus riesgos.

Y en tales condiciones

CONSENTO

que se me realice tratamiento de las varices mediante CURA CHIVA

En (lugar y fecha).

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

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

Con domicilio en y D.N.I. nº

En calidad de
(Representante legal, familiar o allegado)

de
(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
(Lugar y fecha).

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal