

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOLÁSER DE SAFENA Y COLATERALES

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)

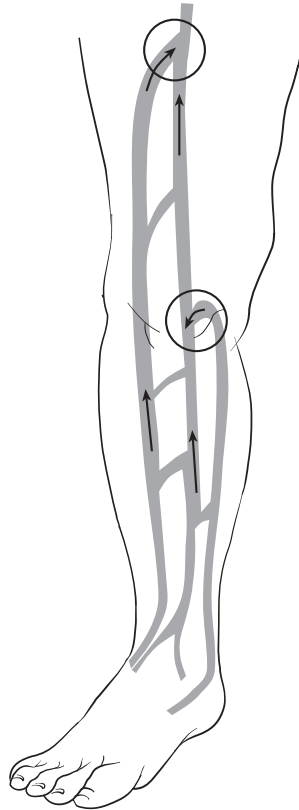
Con domicilio en y D.N.I. nº

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 mediante ENDOLÁSER DE SAFENA Y COLATERALES.



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 **cerrar la vena safena desde ingle "quemándola" con un láser que se introduce por dentro de ella**. También hay que hacer lo mismo con las venas que desembocan en ella o que la conectan con las venas profundas de la pierna. El láser puede introducirse por punción o a través de una pequeña herida en la rodilla. El resto se hace atravesando la piel.

Según el caso puede asociarse otra herida a nivel de la ingle para cerrar por completo la vena safena.

- Lo normal es que la anestesia sea local o epidural/espinal, de cintura para abajo, 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 en menos de 24 horas 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 producirse pequeñas quemaduras en las zonas donde entra el láser.
- Pueden quedar zonas "acorchadas" o con mucha sensibilidad por irritación de los nervios de la pierna (neuropatías de safeno).
- Pueden formarse trombos en las venas profundas de la pierna (es muy raro).

5.- 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 o en las zonas de entrada del láser.

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

- Quitar sólo las venas pequeñas que están dilatadas (varicectomías).
- Cerrar en la ingle las válvulas que no funcionan (crosectomía) o repararlas (valvuloplastia).
- Redirigir la circulación por las varices (cura CHIVA).

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 un TRATAMIENTO CON ENDOLÁSER DE SAFENA Y COLATERALES.

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