

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FLEBOESCLEROSIS

Nº HISTORIA.....

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)

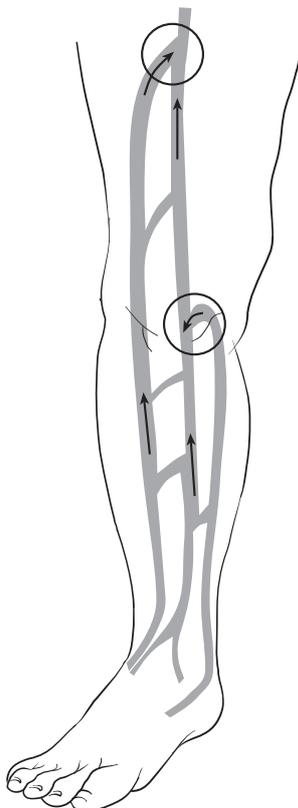
Con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

En calidad de ..... 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 FLEBOESCLEROSIS.



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 técnica consiste en *inyectar una sustancia dentro de la vena* que produce una inflamación y la cierra (como si fuera un pegamento). Normalmente se hace en la consulta, y no necesita anestesia. Se utilizan agujas muy finas y no suele doler, pero en personas muy sensibles se pueden utilizar cremas con anestesia. Según el tipo y el número de venas serán necesarias más o menos sesiones.

3.- Me ha informado que lo normal es que no haya complicaciones y que pueda continuar con mi vida normal después de salir de la consulta, llevando una media o una venda durante unos días.

- Después de la esclerosis pueden quedar pequeños hematomas y marcas oscuras en la piel que normalmente van desapareciendo con el tiempo.

- También me ha explicado que al inyectar una sustancia extraña para el organismo se pueden producir reacciones alérgicas. Pueden ser leves (enrojecimiento de la piel, picor) o llegar a ser graves (shock anafiláctico), y es importante que informe si tengo algún antecedente de este tipo.

4.- Aunque no haya ningún problema, mi médico me ha explicado que:

- Las venas que se esclerosan no siempre desaparecen por completo y puede ser necesario repetir la esclerosis o utilizar otros métodos.

- Pueden quedar pequeñas manchas en las zonas de los pinchazos o sombras donde estaban las venas esclerosadas.

- Pueden aparecer zonas de capilares muy finos alrededor de las venas que se han esclerosado (matting).

- Con el tiempo pueden aparecer nuevas dilataciones varicosas en las mismas zonas o en otras.

5.- He comprendido y aceptado que NO se puede garantizar el resultado estético.

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

- Extirpar las pequeñas varices de forma aislada (varicectomías).

- Redirigir la circulación por las varices (cura CHIVA).

- Eliminarlas con fuentes de calor (láser, radiofrecuencia).

- Eliminarlas con espuma.

- Eliminarlas con frío (crioesclerosis).

Algunas de 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 FLEBOESCLEROSIS.

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