

Dr. Pedro Fernández Díaz-Villabella
Médico especialista en Angiología y Cirugía Vascular
Colegiado: 33/3311048

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TÉCNICA DEL VENASEAL

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)

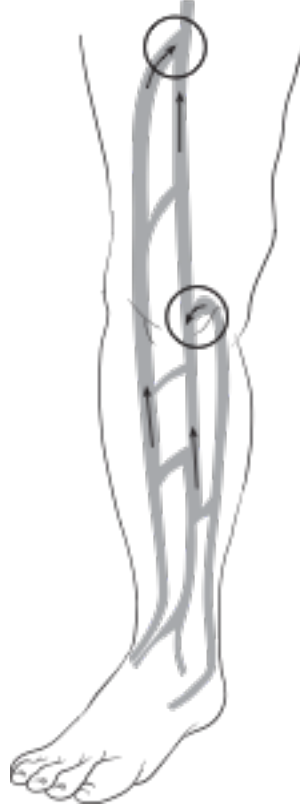
Con domicilio en..... y D.N.I. nº En
calidad de..... de.....

(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 la técnica de VENASEAL.



DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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.
- El procedimiento consiste en localizar la vena safena incompetente y marcar el punto de acceso utilizando eco-doppler. Se introduce un catéter a través del cual se va a inyectar el cianocrilato. Puede ser ligeramente doloroso, por lo que se utiliza anestesia local en el punto de acceso.

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. Entiendo que hay riesgos asociados al procedimiento, incluido, que no se cierre la vena safena, hinchazón de la pierna, hematomas, leve flebitis (dolor, tirantez, enrojecimiento) sobre la vena tratada, entumecimiento y hormigueo, perforación del vaso y tromboembolismo pulmonar que puede necesitar ser tratado con otra intervención quirúrgica. Estoy advertido de que a parte de los riesgos específicos descritos pueden existir otros que pueden acompañar cualquier procedimiento quirúrgico como pérdida de sangre durante y después de la operación, infección y aparición de coágulos en el sistema venoso que pueden requerir medicación adicional o intervención quirúrgica, según determine el médico.

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

- A pesar de que al haber cerrado la vena safena utilizando venaseal se debería reducir la presión en las venas varicosas y aliviar los síntomas. Este procedimiento no se aplica para extirpar venas varicosas, por lo que estas serán visibles después del procedimiento. Será necesario otro tratamiento adicional para eliminar los signos visibles.
- Al inyectar una sustancia extraña para el organismo se pueden producir reacciones alérgicas. Pueden ser leves (enrojecimiento, picor) o llegar a ser graves (shock anafiláctico, y es importante que informe si tengo algún antecedente de este tipo

5.- He comprendido y aceptado que NO se puede garantizar el resultado quirúrgico ni estar libre de potenciales complicaciones.

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).

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

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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
CONSIENTO

que se me realice un tratamiento con **la técnica del VENASEAL.**

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