

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE VARICES



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones complementarias oportunas, encontrando una enfermedad en las venas de los miembros inferiores, que consiste en la dilatación de las mismas. Aparte de los síntomas propios de las várices (dolor, hinchazón, hormigueos, calambres, cansancio), dependiendo de la evolución de su proceso patológico, puede llegar a tener complicaciones tales como varicoflebitis (inflamación de una varice), varicorragia (sangrado de una várice), y úlcera venosa que es la más frecuente de las complicaciones.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	El objetivo es evitar las molestias y prevenir las complicaciones, mediante ligaduras y extirpación de las venas dilatadas. Los beneficios esperados son la desaparición o mejoría de las molestias, y la desaparición de las dilataciones venosas.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	En principio no hay una alternativa científicamente comprobada.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Dependiendo de la técnica, se espera una incorporación inmediata a la vida normal.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	En caso de no intervenir se hay que esperar una evolución de la enfermedad, con la aparición de las complicaciones habituales en esta patología: edemas, varicoflebitis, varicorragia, úlcera venosa.
RIESGOS FRECUENTES	<i>Las complicaciones son habitualmente de escasa importancia. Aparición de hematomas en heridas operatorias o en el trayecto de las venas extirpadas. La infección de la herida quirúrgica es rara pero no debe descartarse. Se pueden producir lesiones en algún nervio periférico que esté cerca de las venas extirpadas, lo que da lugar a sensación de hormigueo o cierta impotencia funcional de carácter transitorio. Pueden aparecer cicatrices grandes, de tipo queloides. Flebitis en algún segmento de la vena.</i>
RIESGOS POCO FRECUENTES	Ocasionalmente pueden presentar cuadros graves como: Trombosis venosa profunda Tromboembolia pulmonar Hemorragia por dehiscencia de la sutura de alguna ligadura venosa.
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE VARICES

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE VARICES**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
.....

FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA DE VARICES**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
.....

FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO MÉDICO