

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-25

Cirugía de Válrices

Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Esta cirugía se realiza para eliminar las venas superficiales dilatadas, tortuosas y con mal funcionamiento de su sistema valvular que se van desarrollando de manera progresiva y pueden ser sintomáticas o producir distintos síntomas que varían desde pesadez y/o hinchazón de piernas. Varicoflebitis, pigmentaciones de la piel, fibrosis subcutáneas e incluso úlceras cutáneas en la proximidad de los tobillos.

Las varices que se extraen no se reproducen y, en todo caso, si con el tiempo aparecen nuevas varices, éstas son debidas a la evolución de la propia enfermedad varicosa.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE VÁRICES (En qué consiste)

Su médico le ha propuesto la mejor opción para usted dentro de las diversas opciones técnicas para extirpar sus varices: fleboextracción de safenas, ligaduras de venas perforantes, flebectomias segmentarias, endolaser de varices tronculares, Cirugía Conservadora hemodinámica de la Insuficiencia Venosa (CHIVA) etc.. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA DE VÁRICES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

- Hematomas subcutáneos en el trayecto de las venas extirpadas y que suelen reabsorberse rápidamente.
- Pequeñas erosiones o flictenas cutáneas, cicatrizan rápidamente pero suelen dejar alguna pigmentación cutánea.
- Alteraciones sensitivas (dolor, anestesia o parestesias en alguna zona) por lesiones de pequeños nervios que acompañan o cruzan las venas que van a ser extraídas, Su locación más frecuente es el dorso o en cara interna de pierna.
- Eccemas de contacto.
- Infecciones de alguna incisión es excepcional.
- Serosas, que son pequeñas colecciones de líquido que desaparecen con compresión local.
- Existe el riesgo poco frecuente de desarrollar una trombosis de las venas profundas de la extremidad.
- Riesgos e todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc..) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que su médica tratante estará atento para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Tratamiento conservador de tipo paliativo mediante el uso de medias elásticas, cuidados y normas de vida, así como el uso de fármacos que actúan a diversos niveles de la circulación veno-linfática, todo lo cual no elimina las varices.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-25

Cirugía de Várices

Rev.04

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía de Várices.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía de Várices.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía de Várices** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)