

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE VENAS VARICOSAS SUPERFICIALES POR ESCLEROTERAPIA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha explicado que la escleroterapia consiste en un procedimiento ambulatorio en el que se inyecta una sustancia (agente esclerosante) que irrita la capa más interna de la vena, produciendo la inflamación y posterior cicatrización de ella, pretendiéndose lograr la desaparición visual de ésta.
- La realización de esta terapia no impide la aparición futura de nuevas arañas vasculares o várices en localizaciones diferentes al sitio tratado.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- El procedimiento es de tipo ambulatorio y se realiza en una sala de procedimientos.
- No requiere uso de anestesia.
- Y su finalidad fundamentalmente estética, en el sentido de hacer desaparecer las várices y telangectasias (arañas vasculares) visibles.
- Para la realización de este procedimiento, está previsto efectuarse una cantidad de sesiones que se le ha informado al paciente, pudiendo incrementarse o reducirse el número de tales sesiones, según la respuesta al tratamiento realizado.
- Junto con la realización del procedimiento, es importante que el paciente siga las indicaciones dadas por el médico tratante, especialmente en relación al tipo de reposo y soporte elástico a utilizar, así como el control posterior del procedimiento realizado y la programación de las futuras sesiones.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, 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 otros específicos del procedimiento, riesgos como: 1. Infección en sitio de punción. 2. Dolor en el sitio de inyección. 3. Reacción alérgica al agente esclerosante. 4. Salida del agente esclerosante por fuera de la vena. 5. Trombosis de los vasos esclerosados u otros circundantes. 6. Hipo o hiperpigmentación de la piel. 7. Necrosis y ulceración de la piel. 8. Aparición de otros vasos superficiales, vecinos al sitio inyectado. 9. Trombosis venosa profunda
- La circunstancia de la presencia de complicaciones puede implicar la necesidad de tratamientos adicionales para el manejo de dichas complicaciones, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 Firma:

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:.....
 Fecha:.....

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:.....
 Firma:.....
 Fecha:.....