



Consentimiento Informado
Para
Cirugía De Varices De Las
Extremidades Inferiores

Consentimiento Informado Para La Cirugía De Varices De Las Extremidades Inferiores



Consentimiento Informado Para La Cirugía De Varices De Las Extremidades Inferiores

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna:.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la **CIRUGÍA DE VARICES DE LAS EXTREMIIDADES INFERIORES**

INFORMACIÓN

1. El tratamiento indicado consiste en un procedimiento quirúrgico para corregir el reflujo venoso causante de los síntomas y de las dilataciones varicosas visibles, así como evitar las eventuales complicaciones futuras por esta patología.
2. El procedimiento quirúrgico consiste en la eliminación de la fuente de reflujo venoso, demostrado por los exámenes preoperatorios, para lo cual se puede realizar la extirpación de la vena causante de tal reflujo (safenectomía interna y/o externa), la resección de venas perforantes insuficientes, la resección de las colaterales visibles o la combinación de alguna de estas técnicas, dependiendo de cada caso en particular.
3. En algunos casos, especialmente en insuficiencia de la vena safena interna, la alternativa a la cirugía planteada, es el tratamiento con termo ablación por radiofrecuencia, pero se me ha explicado que esta técnica no es aplicable en mi caso.
4. En el caso de abstención del tratamiento planteado, habitualmente se mantiene la sintomatología y no se disminuye el riesgo de complicaciones futuras, especialmente las asociadas a los cambios tróficos de la piel.
5. El tipo de anestesia requerido, será el indicado por el anestesiólogo, siendo habitualmente anestesia regional, con los riesgos y eventuales complicaciones propias.
6. 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 quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.).
7. Dentro de las complicaciones propias a este tipo de procedimiento quirúrgico se encuentran:
 - Presencia de hematomas postoperatorios
 - Edema postoperatorio en la(s) extremidad(es) intervenida(s)
 - Alteraciones de la sensibilidad de la piel en los sitios intervenidos, lo que habitualmente es transitorio y de recuperación tardía
 - Dolor de tipo neuropático
8. La circunstancia de la presencia de complicaciones puede implicar una reintervención quirúrgica y/o una hospitalización más prolongada, con mayores costos asociados.
9. Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.

10. Quirúrgico planteado, como se ha señalado, consiste en la corrección del reflujo venoso existente, pero no pretende eliminar en su totalidad las dilataciones varicosas presentes, especialmente las más pequeñas (venas reticulares y telangetasias), para lo cual puede ser necesario procedimientos alternativos futuros.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

CIRUGÍA DE VARICES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).