

Consentimiento informado para intervención quirúrgica de varices

Don/Doña _____ con D.N.I. nº _____, en su representación, Don/Doña _____ con D.N.I. nº _____, en calidad de _____, he sido informado por los facultativos del Servicio de Cirugía Vasculard de lo siguiente:

Las **varices** son dilataciones de las venas superficiales. Estas venas dilatadas pueden producir síntomas como dolor, calambres, picores, etc. Y complicarse con la aparición de flebitis, sangrados o desarrollo de úlceras.

La intervención quirúrgica que se le propone consiste en extirpar las venas que estén dilatadas, así como las venas de las que dependen (habitualmente safena interna y externa) y en ligar las venas perforantes insuficientes, mediante incisiones en ingle y cara posterior de la rodilla y microincisiones complementarias.

El tipo de **anestesia** necesaria para esta intervención quirúrgica: general, regional o local, le será detallada por el Servicio de Anestesiología, así como sus riesgos y posibles complicaciones.

Las **COMPLICACIONES** posibles de esta intervención son:

- **Complicaciones específicas del procedimiento:** lesiones nerviosas (hormigueos, acorchamiento o dolor), hematomas que pueden dejar manchas residuales o zonas induradas, infecciones de las heridas operatorias, edema o hinchazón del miembro, cicatrices patológicas, trombosis venosas, lesión arterial o recidivas varicosas.
- **Complicaciones generales inherentes a toda intervención quirúrgica:** accidentes vasculares, renales, cardiorrespiratorios y otras que pueden llegar a ser fatales. Estas complicaciones son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas.
- **Complicaciones propias de su estado general y enfermedades asociadas.**

Paciente Don/Doña

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar. El/la médico que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del Servicio de Cirugía Vascul ar. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____ ..

Firma del Médico
Nº Colegiado

Firma del paciente o representante legal

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

En _____, a _____ de _____ de _____ ..

Firma del Médico
Nº Colegiado

Firma del paciente o representante legal

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN.**

En _____, a _____ de _____ de _____ ..

Firma del paciente o representante legal