

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FLEBOEXTRACCIÓN O VARICECTOMÍA ESPECIALIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las varices son dilataciones de las venas superficiales de las piernas, que funcionan de manera anormal y no conducen la sangre hacia el corazón. A veces sólo son un problema estético, pero suelen producir dolor, cansancio, pesadez de piernas o hinchazón. Con el tiempo pueden aparecer flebitis, úlceras, o incluso romperse las venas y sangrar.

Esta intervención consiste en extirpar de forma individual las venas superficiales pequeñas. Suele hacerse a través de mini-incisiones sobre las venas que se vayan a quitar.

La anestesia puede ser general, local o epidural/espinal, de cintura para abajo, pero depende de los anestesiólogos y ellos me explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mejor control de los síntomas de pesadez e hinchazón de la pierna y tratar de evitar las posibles complicaciones futuras de tener varices: flebitis, pigmentación cutánea y úlceras.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Como alternativa a esta técnica y de forma general (según el tipo de varices) se pueden:

1. Redirigir la circulación por las varices (cura CHIVA).
2. Eliminarlas con fuentes de calor (láser, radiofrecuencia), productos químicos (esclerosis, espuma) o con frío (crioesclerosis). Estas opciones suelen estar fuera de la Medicina Pública.
3. Es posible NO quitar las venas y sólo tratar de controlar las molestias con ejercicios, medias de compresión y algunas medicinas.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

A veces:

1. Puede haber alguna complicación a nivel de las heridas (hematomas, líquido acumulado (seromas), o infecciones).
2. Pueden formarse trombos en las venas profundas de la pierna (es muy raro).

Con el tiempo pueden quedar algunas manchas en las zonas de los hematomas o que no desaparezcan todas las varices (residuales), pueden aparecer varices nuevas (recidivadas), pueden quedar marcas oscuras a nivel de las cicatrices.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Puede progresar en cuanto a su tamaño o número, empeorando la sintomatología o desarrollando alguna de las complicaciones antes descritas.

**RIESGOS FRECUENTES**
**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**
**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

NO suele haber complicaciones importantes. Lo habitual es que en pocas horas pueda volver a casa caminando, con una media o una venda, y hacer una vida relativamente normal.

Aunque esta técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación. Pueden ser inesperadas o relacionarse con mi situación general (diabetes, obesidad, hipertensión, cardiopatía, etc.):

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>