

Consentimiento para Flebectomía/ Extracción venosa

Autorizo al Dr. /Dra. _____, y asociados / asistentes u otro personal médico que él / ella estime necesario, a tratar mi enfermedad, venas varicosas, utilizando la flebectomía / extracción de vena en mi pierna derecha / izquierda.

He sido informado sobre la enfermedad venosa crónica y sus consecuencias que van desde el aspecto estético de las várices, molestia e hinchazón de la pierna hasta el posible desarrollo de ulcera en la pierna. Entiendo que las venas varicosas o várices y la insuficiencia venosa crónica (IVC) no constituyen un riesgo de vida ni un riesgo para la extremidad afectada y que el hecho de no someterse a este tratamiento por lo general no causa mayores daños ni plantean un mayor riesgo para mi salud. Sin embargo, no recibir tratamiento puede ocasionar que mi condición empeore. Después de evaluar el tratamiento conservador, mi médico me ha explicado que se recomienda el tratamiento propuesto para mejorar mi calidad de vida y reducir o eliminar las consecuencias de las venas varicosas y IVC. Reconozco que la enfermedad venosa es una afección crónica y nuevos problemas en las venas pueden desarrollarse con el tiempo los cuales pueden requerir tratamiento adicional.

Procedimiento: El procedimiento supone múltiples incisiones cutáneas pequeñas (cortes pequeños por lo general menos de 1.5 centímetros de largo), a través de las cuales se extraen las venas varicosas. El número de cortes depende de la extensión de las venas varicosas. Este procedimiento puede ser realizado en forma aislada o en combinación con otros procedimientos para tratar otras venas en mi pierna (s).

Opciones de tratamiento: Si optara por no aceptar el procedimiento, no me encontraría en un gran riesgo. Puedo, sin embargo, seguir presentando molestias en las venas varicosas o desarrollar complicaciones por la insuficiencia venosa, incluyendo hinchazón de las piernas, decoloración, y potencialmente úlceras. Entiendo que existen posibles tratamientos alternativos, incluyendo:

1. Manejo médico -medias de compresión con prescripción médica
2. Escleroterapia (ablación química)
3. Extracción quirúrgica -stripping- o procedimientos de ablación (láser o radiofrecuencia)

Riesgos: Me doy cuenta de que existen riesgos relacionados con el procedimiento quirúrgico, que incluyen, pero no se limitan a:

1. Moretones, decoloración, y dolor en el sitio de la incisión - esto se experimenta comúnmente después del procedimiento
2. Úlceras en la piel si las incisiones no sanan adecuadamente
3. Infección
4. Hemorragia o hematoma (acumulación de sangre debajo de la piel)

5. Flebitis superficial (coágulo en la vena superficial que no fue eliminado)
6. Trombosis venosa profunda y / o embolismo pulmonar (coágulo en una vena profunda y / o pulmones)
7. Cicatrices y decoloración de la piel
8. Reacción alérgica a la anestesia
9. Lesión de un nervio
10. Venas perdidas o recurrencia de venas varicosas (las venas extirpadas no volverán, pero otras pueden desarrollarse)

Beneficios: Este procedimiento puede disminuir el malestar o el dolor de las venas varicosas, y pueden proporcionar una estética mejorada de la pierna (s). Sin embargo, la enfermedad venosa es un problema crónico y nuevas venas probablemente se desarrollarán con el tiempo.

Pueden ser necesarios tratamientos adicionales o alternativos. Entiendo que no hay garantía de que el procedimiento mejorará o compondrá enteramente mi condición. Ningún tratamiento para las venas varicosas es exitoso en un 100%.

He discutido y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos de no realizar ningún tratamiento, los procedimientos que se utilizarán, así como los riesgos y peligros involucrados. Creo que tengo la información suficiente para dar este consentimiento informado.

Certifico que esta información me ha sido explicada completamente, que he leído o se me ha leído y que entiendo su contenido. Yo voluntariamente doy mi consentimiento para este procedimiento.

Autorizo No autorizo la toma de fotografías / vídeos para uso relacionado con mi atención, así como para propósitos educativos o fines científicos.

FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGO

He informado al paciente de las alternativas disponibles para el tratamiento de las venas safenas o superficiales de la pierna, y de los posibles riesgos quirúrgicos, complicaciones y resultados que pueden ocurrir como resultado de ello.

MÉDICO

FECHA