



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º
28009 MADRID, +34 689.038.751
WWW.SERVEI.ORG
SECRETARIA@SERVEI.ORG

con un generador especial de radiofrecuencia. Usted estará despierto/a durante todo el procedimiento. A continuación podrá irse a su casa.

La exploración se realiza con anestesia local y dura aproximadamente 60 minutos.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

ALTERNATIVAS

En la actualidad existen otras alternativas mediante intervención quirúrgica o inyección de sustancias esclerosantes.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

- Puede quedarse un cordón duro en el lugar que ocupaba la variz, que suele desaparecer con el paso del tiempo. En ocasiones queda una tinción marrón que suele desaparecer con el paso del tiempo.
- En ocasiones pueden producirse quemaduras en la piel, la mayoría de las veces de escasa importancia.
- En ocasiones se puede producir obstrucción de vasos no deseados, que puede conducir a complicaciones graves, e incluso la muerte aunque hasta ahora no hay casos registrados de muerte.
- De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

De todas maneras, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se emplearán todos los medios para solucionarlo.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico que le pidió la prueba o al personal de Radiodiagnóstico.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de una ablación de varices por radiofrecuencia y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º
28009 MADRID, +34 689.038.751
WWW.SERVEI.ORG
SECRETARIA@SERVEI.ORG

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años
de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en
calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y
dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento
otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y
() deseo / () no deseo proseguir el tratamiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____