



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESCLEROSIS PERCUTÁNEA DE MALFORMACION VASCULAR VENOSA o LINFATICA

Identificación del paciente

Nº Historia: DNI:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: F. Nacimiento:

Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.** Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE ESCLEROSIS PERCUTÁNEA DE MALFORMACIÓN VASCULAR

Se pone de manifiesto que el Dr./a: _____ de Servicio de RADIOLOGIA VASCULAR e INTERVENCIONISTA me ha informado y explicado el procedimiento y/o intervención al que voy a ser sometido y que se resume en:

La Malformación Vascul ar Venosa o Linfática es una patología cuya resección quirúrgica se acompaña de importantes secuelas por lo que su manejo inicial es mediante fleboesclerosis. Vamos a introducir en el interior de la malformación, a través de una aguja y pinchando la piel, una sustancia esclerosante que trombose la malformación vascular y la deje inactiva. Con ello pretendemos la curación o al menos la mejoría de su enfermedad.

Para evitar el dolor que produce la esclerosis se le administrarán calmantes (sedación) y se le anestesiará la piel con una aguja fina, o se le anestesiará totalmente.

En los días o semanas siguientes a la misma es normal que la zona esclerosada se inflame produciéndose hinchazón, dolor, calor y cambio de color. Para combatirlo le administraremos analgésicos y antiinflamatorios.

Es habitual que se requieran varias sesiones de esclerosis y a veces el tratamiento puede prolongarse meses o años.

La duración de la intervención es muy variable pero suele oscilar entre una y dos horas.

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

ALTERNATIVAS

El tratamiento completo de estas lesiones suele precisar varias sesiones de esclerosis y controles intermedios, así como la combinación de diversas modalidades terapéuticas (cirugía, embolización arterial, radioterapia...) según cada caso

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

- Hematoma por hemorragia de la malformación
- Fístula al exterior del material de embolización
- Necrosis de la piel
- Lesiones de estructuras nerviosas sensitivas o motoras
- Falta de respuesta de la lesión a la esclerosis
- La amputación de dedos o extremidades así como la parálisis nerviosa permanente del área tratada son complicaciones muy raras pero potencialmente posibles.

Si se utiliza TAC o radioscopia como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

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.

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 esclerosis percutánea y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

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

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./Dª. (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: _____