

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PREVIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO VENOGRAFÍA O FLEBOGRAFÍA PERIFÉRICA

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 VENOGRAFÍA O FLEBOGRAFÍA PERIFÉRICA

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 venografía o flebografía periférica es una exploración que consiste en pincharle una vena del dorso del pie o del brazo con una aguja fina. A través de ella, se le introducirá una cantidad variable de líquido (medio de contraste yodado) para poder estudiar su sistema venoso o incluso su sistema arterial (arteriografía por vía venosa).

En ocasiones es imposible realizarle esta exploración, por no tener unas venas adecuadas para pincharle.

La exploración no necesita anestesia y dura aproximadamente 20 a 60 minutos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad no existen otras exploraciones que nos aporten información equivalente.

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

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica que estamos utilizando:

- Salida del líquido de contraste durante la inyección (extravasación), que puede producirle dolor, la mayoría de las veces sin consecuencias.
- Rara vez, trombosis de las venas estudiadas.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Suelta de un coágulo con obstrucción de un vaso a distancia (embolia), especialmente el pulmón. Es muy raro.

Por el medio de contraste iodado:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves (3%) como náuseas, picores o lesiones en la piel. Normalmente no requieren tratamiento o se corrigen fácilmente con la medicación adecuada
- Moderadas (0,04%) Incluyen reacciones vasovagales, broncoespasmo, disnea, alteraciones del ritmo cardíaco y de la presión arterial. Generalmente se corrigen con el tratamiento adecuado.
- Raramente graves (0,004%). Incluyen edema de laringe, convulsiones, hipotensión profunda, arritmias cardíacas, pérdida de conocimiento y edema de pulmón.
- Excepcionalmente, una de cada 160.000-300.000 intervenciones puede poner en peligro la vida del paciente. El riesgo de un desenlace fatal existe, pero es extremadamente raro.

Además el contraste yodado puede ocasionar un deterioro de la función renal, aunque la mayoría de estos episodios son leves y transitorios, y suelen estar ligados a alguna patología renal subyacente o al uso de algunos medicamentos (antibióticos nefrotóxicos, algunos anti-inflamatorios)

Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento

- Un ligero incremento del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

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.

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

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de una venografía periférica 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 EXPLORACION

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: _____