

CONSENTIMIENTO PARA SAFENECTOMIA.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, características y beneficios esperados del tratamiento, autorizo al **Dr./a**....., y a su equipo quirúrgico, a realizar una cirugía conocida como que se realizará en

2. He sido informado acerca de que cada miembro inferior tiene dos venas safenas. La vena safena interna que comienza en la cara interna del tobillo y sube por la cara interna de la pierna y el muslo hasta la ingle, y la vena safena externa que comienza en la cara externa del tobillo y desemboca por detrás de la rodilla. Asimismo se me ha explicitado que la Safenectomía es necesaria cuando está enferma la desembocadura de alguna de las Venas Safenas en el sistema venoso profundo, cuando presentan reflujo severo (las válvulas de la vena funcionan mal) y/ o cuando las venas se encuentran dilatadas y tortuosas (várices).

3. En cuanto a la cirugía se me ha aclarado que su objetivo es la disminuir los síntomas que provoca la enfermedad (dolor, edema, hormigueos, calambres, etc), y evitar sus complicaciones. Existen diversas técnicas para la extirpación de las vena safena afectada (fleboextracción de safenas, ligadura de venas perforantes, flebectomías segmentarias, etc). En la cirugía convencional (fleboextracción) se realiza una incisión en el comienzo de la vena y otra en la desembocadura. La vena se liga y se corta en estos dos lugares. Luego, mediante un fleboextractor, se extrae la vena enferma desde el comienzo hasta la desembocadura. En el caso de estar enferma la vena safena interna, la cirugía se realiza boca arriba. Las incisiones se realizaran en la cara interna del tobillo y en la ingle. En el caso de estar enferma la vena safena externa, la cirugía se realiza en general boca abajo y las incisiones se realizaran en la cara externa del tobillo y por detrás de la rodilla.

4. Se me han explicado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

4.1. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

4.2. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervención son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes a modo de ejemplo:

4.2.1. Hematoma (colección de sangre) en el sitio operatorio o en el trayecto de la vena extirpada, flebitis, cicatrización anormal (cicatrización queloide o hipertrófica), lesión de un nervio periférico, Trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, alteraciones sensitivas (dolor, anestesia o parestesia), eccemas de contacto, infección de la herida, seroma (colección de líquido), lesión de vasos (arteria/ femoral, etc).

5. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien el designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

6. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará

anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

7. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico,

de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

8. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma, especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer alguna de las complicaciones propias de la patología, como ser: tromboflebitis, edema, hipodermatitis, varicorragia y úlcera venosa.

9. Se me ha informado que alternativamente al procedimiento propuesto puede instaurarse un tratamiento conservador mediante el uso de vendas elásticas y el uso de fármacos que actúan a diversos niveles de la circulación veno-linfática, pero que en mi caso ello no es lo adecuado y/o no ha dado resultado.

10. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.

11. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

12. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico a:.....-

13. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

14. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

15. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

