

Consentimiento Informado Inyección Esclerosante

Información general: Los esclerosantes provocan una reacción inflamatoria en pequeñas venas logrando su obstrucción y desaparición del trayecto.

Descripción del Procedimiento: Se inyecta polidocanol (0,5%, 1% ó 2%) adaptado a cada paciente. No detiene el deterioro vascular, pero puede reducir el aspecto de varículas temporalmente. Puede combinarse con otros tratamientos. Es necesario en ocasiones contar con un examen previo del sistema vascular y es fundamental la utilización posterior de medias compresivas.

Riesgos del Procedimiento:

Hemorragia o hematoma. La aspirina, los antiinflamatorios, los inhibidores plaquetarios, los anticoagulantes, la vitamina E, el ginkgo biloba y otros pueden contribuir a un mayor riesgo. No los tome 7 días anteriores y luego de las inyecciones.

La **inflamación** es normal y cede en unos días, al igual que el **eritema**, **molestia** local, **marcas** de aguja, **erupciones** o **comezón**.

Hiperpigmentación de la piel.

Lipotimias.

Se pueden **dañar estructuras profundas** como nervios y vasos sanguíneos, temporal o permanente.

De inyectarse en estructuras arteriales, puede producir una **obstrucción** del flujo sanguíneo.

La **infección** o la **necrosis cutánea** o de tejidos blandos más profundos puede producir cicatrices inaceptables.

Reacciones alérgicas locales o sistémicas. No utilizar en pacientes con antecedentes de alergias múltiples graves.

Algunos pacientes **no responden** a este tipo de tratamiento.

No utilizar en áreas con inflamación o infecciones activas o cicatrización patológica.

No se recomienda en las mujeres embarazadas o amamantando.

Se desconoce si interactúa con **otros fármacos**.

Riesgos Personalizados: _____

Alternativas: No tratar las varículas.

Responsabilidad financiera: El costo del procedimiento incluye los honorarios profesionales, las visitas de seguimiento y materiales, pero no cubre procedimientos adicionales ni tratamientos de presentar complicaciones.

Declaro:

- 1) Autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes a realizar inyección de esclerosante en _____.
- 2) Reconozco que pueden surgir imprevistos y doy autorización para su tratamiento y solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas.
- 3) Autorizo la administración de la anestesia necesaria. Entiendo que la anestesia implica un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y muerte.
- 4) Reconozco que no se me ha dado garantía con respecto a los resultados y mantenimiento a largo plazo de la desaparición de los trayectos venosos.
- 5) Consiento ser fotografiado o filmado, siendo este material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado o expuesto.
- 6) Consiento el tratamiento de mis datos personales y me comprometo a comunicar cambios. Autorizo su cesión a cuantos profesionales sea necesario. La Dra. Barbieri garantiza la posibilidad de ejercitar mi derecho de acceso, rectificación y cancelación.
- 7) Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después del procedimiento y hasta el alta.
- 8) Doy fe de no haber omitido información relevante en mi historial médico, incluyendo alergias, enfermedades o el uso de medicamentos o sustancias.
- 9) No estoy embarazada ni en período de lactancia.
- 10) Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento.
- 11) Entiendo que pueden ser necesarios sucesivos tiempos de inyección para correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.
- 12) Confirmando que el procedimiento, riesgos y alternativas me han sido explicados por la Dra. Barbieri en un lenguaje comprensible. Lo he comprendido, entendido este documento, y la Dra. Barbieri me ha aclarado las dudas planteadas y no deseo más información.

DOY CONSENTIMIENTO, excepto el punto número: _____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre y firma Testigo: _____