Hospital Nacional
Dr. Baldomero Sommer

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Para Intervención Quirúrgica de CROSECTOMÍA SAFENA INTERNA

D/Dña:.....con DNI.....
o, en SU representación, D/Dña....., en calidad de.....
he sido informado por los facultativos del Servicio de Cirugía Vascular de lo siguiente:

Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones oportunas, encontrado la presencia de material ***trombótico*** en el sistema venoso superficial de su extremidad, a un novel desde el que puede progresar hacia venas profundas y emigrar al pulmón, produciendo un embolismo pulmonar.

La intervención que se le propone consiste en interrumpir la comunicación entre la vena safena interna y la vena femoral a nivel de la ingle, con objeto de evitar que el material trombótico progrese a venas profundas y emigre al pulmón, previniendo así una posible ***embolia pulmonar***.

Habitualmente se realiza mediante una incisión a nivel de la ingle, bajo anestesia local.

Las COMPLICACIONES posibles de esta intervención pueden ser:

- Riesgos derivados de la anestesia.
- Hemorragia o hematoma en zona quirúrgica, que pueden ser graves y motivar una reintervención precoz.
- Trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar por migración de material trombótico durante la cirugía.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Lesión de nervio sensitivo o motor.
- Complicaciones generales inherentes a toda intervención quirúrgica: accidentes vasculares, renales, cardiorrespiratorios y tras que pueden llegar a ser fatales. Estas complicaciones son tanto más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas.

Paciente D/Dña.:.....
He recibido información clara y sencilla, oral y escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar. El/la médico/a que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, asó como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudiera derivarse de mi negaiva. Me ha informado de otras alternativas posibles, He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del Servicio de Cirugía Cardiovascular. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar al equipo médico, del cambio de decisión.

FIRMA DEL MÉDICO	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL TESTIGO

En.....de.....de 20.....

He decidido ***NO AUTORIZAR*** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

FIRMA DEL MÉDICO	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL TESTIGO

En.....de.....de 20.....

He decidido ***REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN.***

FIRMA DEL MÉDICO	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL TESTIGO

En.....de.....de 20.....