

### ***Consentimiento Informado para microesclerosis vascular***

D/Dña.....

mayor de edad, con DNI nº.....,teléfono.....historia clínica

MANIFIESTO: Que he sido informado/a por el Dr. Carlos de la Torre Fraga, en fecha...../...../.....(y que me ha sido entregada copia de la información) del procedimiento de tratamiento mediante microesclerosis de lesiones vasculares (telangiectasias, varículas), e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes), así como de las posibles alternativas a este procedimiento.

La microesclerosis consiste en la inyección de un líquido en el interior del vaso para producir una inflamación del endotelio (capa interna de la vena) y desencadenar la oclusión del mismo. Este proceso consigue en muchos casos que desaparezca la varícula.

He sido informado de que a pesar e la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, algunos de tipo general como la posible reacción alérgica y los específicos del procedimiento como son: formación de un cordón duro y doloroso en el trayecto del vaso esclerosado, pequeñas erosiones o necrosis, aparición de pigmentación en las lesiones tratadas y la formación de pequeñas hemorragias, equimosis o desarrollos de venas finitas (mating) relacionadas con la punción. La infección es excepcional.

He sido informado que para obtener los mejores resultados serán necesarias un número variable de sesiones y que en un pequeño porcentaje los resultados que se obtienen son discretos.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente

CONSIENTO: Al Dr. Carlos de la Torre a llevar a cabo el procedimiento referido. He leído y entendido toda la información que me ha sido presentada antes de firmar este consentimiento.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

-Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona que autoriza (tutor legal o familiar).....

Con DNI.....y teléfono.....en calidad de.....

Firma del paciente o persona autorizada

Firma del facultativo

Vigo