

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

### INSUFICIÈNCIA VENOSA SUPERFICIAL A LES CAMES/ VARICES (CURA CHIVA)

..... Núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... de ..... anys,  
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)  
amb domicili a ..... i DNI núm. ....  
en qualitat de .....de .....  
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

#### DECLARO

Que el doctor/a ..... m'ha explicat que  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
és necessari/convenient en la meua situació sotmetre'm a un tractament quirúrgic per una  
INSUFICIÈNCIA VENOSA SUPERFICIAL/ VARICES.

#### DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Aquesta tècnica consisteix a seccionar i lligar les venes incontinentes de les cames segons un mapa anatòmic i hemodinàmic que es fa prèviament a la intervenció. Pot ser necessari administrar, durant la intervenció, medicaments per via endovenosa per tranquil·litzar el pacient i per corregir alteracions hemodinàmiques que puguin aparèixer per qualsevol situació imprevista (hemorràgia aguda per lesió accidental de vasos importants). També hi ha la possibilitat que, durant l'operació quirúrgica, s'hagi de modificar el procediment a causa de troballes intraoperatòries, per poder proporcionar el tractament més adequat.

Aquest procediment pot ser enregistrat amb finalitats científiques o didàctiques.

#### BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

Eliminar la simptomatologia de pesadesa i edema de les cames, les llagues varicoses i les varices.

#### RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS ( POSSIBLES PERÒ NO FREQUËNTS)

Malgrat l'adequada elecció de la tècnica i que s'apliqui correctament, es poden presentar efectes indesitjables, tant els comuns derivats de qualsevol intervenció, i que poden afectar tots els òrgans i sistemes, com d'altres d'específics d'aquest procediment.

- Poc greus i poc freqüents:
  - Infecció o hemorràgia de la ferida quirúrgica.
  - Cicatrius queloides.
  - Flebitis.
  - Dolor prolongat a la zona de l'operació.
  
- Poc freqüents i greus:
  - Trombosi venosa fonda.
  - Tromboembolisme pulmonar.

El Servei d'Anestèsia informarà el/la pacient dels riscos derivats de l'anestèsia.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que em sigui realitzada la intervenció per una INSUFICIÈNCIA VENOSA SUPERFICIAL/ VARICES.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, ..... de..... de 20.....

El tipus d'ingrés proposat per practicar aquest procediment és:

ingrés convencional  ingrés per CMA

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

### DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meua situació és convenient una ....., que té per objecte .....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per .....

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

Pacient o representant legal

Metge/metgessa

Olot, ..... de..... de 20.....