

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VENOGRAFÍA PERIFÉRICA.

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:F. Nacimiento:		

INFORMACIÓN GENERAL

La venografía periférica es una exploración que sirve para estudiar las venas periféricas permitiendo obtener información muy útil para su diagnóstico y/o tratamiento. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesitólogo. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis. Marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA VENOGRAFIA PERIFERICA

Es una exploración que consiste en pincharle una vena del dorso del pie o del brazo con una aguja fina. A través de ella, se le introduce a continuación una cantidad variable de líquido (medio de contraste) para poder estudiar su sistema venoso.

En ocasiones, no es posible realizar la exploración por no tener venas adecuadas para pinchar.

No se requiere anestesia y la duración aproximada es de 20 minutos.

También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo por los hallazgos encontrados para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA VENOGRAFIA PERIFERICA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

Por el medio de contraste:

- Leves, como sensación de calor, náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves (4 de cada 10.000 casos) como dificultad para respirar, arritmias cardíacas, convulsiones, insuficiencia renal o pérdida de conciencia.
- Excepcionalmente la muerte (una de cada 100.000 – 150.000 pacientes)

Por la técnica que estamos realizando;

- Salida del medio de contraste durante la inyección (extravasación), que puede producirle dolor, aunque sin más consecuencias en la mayoría de las ocasiones.
- Trombosis de la venas estudiadas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros , etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, la alternativa a esta exploración es la ecografía Doppler.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento

Yo, D/Dña. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizado una **VENOGRAFIA PERIFÉRICA**.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado /a, según dispone el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____

_____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE

MÉDICO

REPRESENTANTE LEGAL

Fdo:

Fdo:

Fdo:

D.N.I.:

Nº Colegiado:

DNI:

Denegación o Revocación

Yo, D/Dña. _____ después de ser informado /a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **denegación / revocación** (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

_____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE

MÉDICO

REPRESENTANTE LEGAL

Fdo:

Fdo:

Fdo:

D.N.I.:

Nº Colegiado:

DNI: