

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?

És una tècnica que s'utilitza per al tractament de malformacions vasculares venoses o limfàtiques. Es practica a pacients de qualsevol edat encara que, sent lesions congènites, té especial indicació en l'edat pediàtrica. L'objectiu és obtenir una curació completa de la malformació o una reducció substancial d'aquesta que permeta, després, un fàcil abordatge quirúrgic.

Evita una intervenció quirúrgica o la simplifica. Cal tindre en compte que, encara que es tracte de lesions benignes, els seus límits són molt irregulars, estan amb freqüència en contacte amb estructures vitals com grans venes, artèries, etc., i per això la cirurgia és, moltes vegades, agressiva, mutilant i no està exempta de riscos. D'altra banda, aquestes lesions reapareixen, en alguns casos, i fan la intervenció quirúrgica, en aqueixa zona, especialment delicada.

2. Com es realitza?

El procediment es realitza sota anestèsia general. Una vegada localitzada la lesió per ecografia, es punciona amb una agulla fina i s'introdueix un contrast diluït per a determinar les seues característiques: grandària, forma, comunicació amb venes etc. Una vegada coneguts aquests detalls, s'introdueix el material esclerosant a través de la mateixa agulla. Es retira l'agulla i es fa massatge de la zona. Aquest procediment es realitza en la mateixa sessió, tantes vegades com es considere necessari fins a esclerosar tota la malformació. Posteriorment, es practiquen controls evolutius i, segons la resposta al tractament, es pot plantejar una nova sessió d'esclerosi o bé cirurgia, si fora factible.

3. Quins són els riscos?

L'esclerosi provoca, com a efectes secundaris immediats, dolor, inflamació i febre. Per això, després de l'esclerosi, es dona analgèsics i antitèrmics a demanda i antibiòtics i antiinflamatoris durant 10 – 15 dies. A curt i mitjà termini es produeixen, amb freqüència, fistulitzacions del material esclerosant, de tal forma que, a través de l'orifici que es va fer en puncionar, s'expulsa, a poc a poc, part del producte introduït. Es tracta mitjançant tècniques conservadores i deixa una xicoteta cicatriu no deformant. Si té al·lèrgia al material esclerosant, hi ha risc de reacció al·lèrgica.

Com a risc poc freqüent, es pot produir l'eixida del material esclerosant, durant l'actuació, als teixits de voltant. Provoca una inflamació que cedeix als pocs dies a causa de la fugida, a distància, del material esclerosant a través d'alguna vena de drenatge de la mateixa malformació. Habitualment es desplaça a poca distància i no requereix tractament.

4. Conseqüències previsibles de la realització

S'han descrit en el primer apartat.

5. Conseqüències previsibles de la no-realització

Necessitat d'una solució quirúrgica.

6. Alternatives

Principalment, la cirurgia, encara que segons la lesió i el cas. Altres alternatives poden ser l'embolització arterial i la radioteràpia.

7. Riscos en funció de la seua situació

Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són.....

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*