

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

La intervención quirúrgica no es curativa de la arterioesclerosis de mi extremidad, sino que sólo pretende resolver la obstrucción arterial actual, favoreciendo que la sangre arterial irrigue adecuadamente mis tejidos, lo que de no resolverse, aparte de dolor en reposo y dolor al caminar, puede terminar produciéndome una gangrena.

El objetivo de la intervención pudiera no conseguirse porque las arterias estén en tan malas condiciones que no permitan la operación prevista o se produzca un fracaso inmediato de la misma.

Características

El procedimiento consiste en poner un injerto de mi propia vena safena o un injerto protésico para sustituir sus vasos lesionados o bien desobstruir mis propias arterias y que ello implica incisiones en la ingle y en otros niveles en la extremidad inferior.

Que la anestesia será determinada por el médico anestesiólogo, siendo lo más probable una anestesia general.

También estoy consciente que puede ser necesario el uso de transfusión.

Al respecto se me ha señalado que es necesario que informe al anestesista de cualquier medicamento que esté tomando diariamente y que pueda ser causal de complicaciones intra o post operatorias.

Riesgos

Como en toda intervención, a pesar de la perfecta ejecución de la técnica quirúrgica pueden producirse complicaciones derivadas de la anestesia y/o de la operación misma, las complicaciones posibles pueden ser:

- **Locales:** como una hemorragia; trombosis del injerto con isquemia de las extremidades inferiores; infección de la prótesis o de las heridas operatorias, que pueden obligar a una reintervención inmediata o tardía.
- **Generales:** neumonía; infarto agudo de miocardio; trombosis venosa y embolia pulmonar; falla cardíaca, descompensación diabética, isquemia cerebral u otras.

Estas complicaciones son más frecuentes si yo sufro de enfermedades concomitantes como diabetes

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **REVASCULARIZACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal