



ELMHURST DERMATOLOGY

Todd T. Davis, M.D.

Cuestionario Para Escleroterapia

Fecha: _____

Nombre : _____

Edad _____ Sexo _____ Tipo de Sangre _____

Altura _____ Peso _____ Medida de Zapato _____

Referrido por: _____

HISTORIAL MEDICO (MOLESTIAS ACTUALES)

| | | |
|--------------------------------|-------|-------|
| 1. Usted viene a consulta por: | No | Yes |
| a. Propositos Cosméticos | _____ | _____ |
| b. Propositos Medicos | _____ | _____ |
| c. Ambos | _____ | _____ |

2. Cuantos años ha estado con el problema? _____

3. Ha estado en tratamiento por el mismo problema? _____

Por quien ha sido tratado y cuando? _____

Con que tipo de Metodo?

| | | | |
|-------------------|-------|-----------------|-------|
| Inyeccion | _____ | Electrocauterio | _____ |
| Laser (que clase) | _____ | Cirugia | _____ |

| | | |
|---|----|-----|
| 4. alguna vez ha sido tratado por lo siguiente: | No | Yes |
|---|----|-----|

| | | |
|--|-------|-------|
| a. Flebitis (inflamacion de las venas) | _____ | _____ |
| Pierna derecha: _____ | _____ | _____ |
| Pierna Izquierda: _____ | _____ | _____ |
| Fue Hospitalizado: _____ | _____ | _____ |

| | | |
|--------------------------|-------|-------|
| b. Ulcera en las Piernas | _____ | _____ |
| Pierna derecha: _____ | _____ | _____ |
| Pierna Izquierda: _____ | _____ | _____ |
| Fue Hospitalizado: _____ | _____ | _____ |

| | | |
|--|-------|-------|
| c. Embolismo Pulmonar/Cuagulos de sangre y/o Hospitalizacion | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

| | | |
|----------------------------|-------|-------|
| d. Fractura en las Piernas | _____ | _____ |
|----------------------------|-------|-------|

5. Cuando comenzo con el problema de las venas?

Edad: _____

Antes de Embarazarse: _____

Durante el Embarazo (cual): _____

Cual es la edad de sus hijos? _____

Despues de un Golpe _____

Despues de tomar pastillas _____

anticonceptivas/ terapia de estrogeno _____

Otra: _____

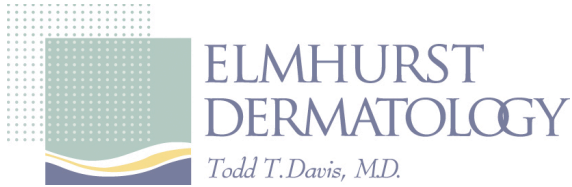
- | | | |
|--|-------|-------|
| | No | Yes |
| 6. Esta desarrollando venas nuevas? | _____ | _____ |
| 7. Sus venas actuales estan creciendo? | _____ | _____ |

8. Favor de indicar cual de los siguientes problemas ha tenido:

| | Pierna Derecha | Pierna Izquierda | Por Cuantos Años? |
|-----------------------------------|-------------------|---------------------|----------------------|
| a. Dolor en | | | |
| Extremidades Inferiores | _____ | _____ | _____ |
| Muslo | _____ | _____ | _____ |
| Pantorrilla | _____ | _____ | _____ |
| Pierna | _____ | _____ | _____ |
| Pie | _____ | _____ | _____ |
| b. Inflamacion de las piernas | _____ | _____ | _____ |
| c. Problemas de la piel o ulceras | _____ | _____ | _____ |

9. Si usted ha experimentado dolor en sus extremidades inferiores conteste lo siguiente :

| | No | Yes |
|--------------------------------------|-------|-------|
| a. El dolor es agrabado por: | | |
| Largos periodos de permanecer parado | _____ | _____ |
| Calor | _____ | _____ |
| Periodos Menstruales | _____ | _____ |
| Ejercitar y/o Caminar | _____ | _____ |
| Medicamentos | _____ | _____ |
| Relaciones Sexuales | _____ | _____ |
| b. El dolor es aliviado por: | | |
| Elevar sus extremidades | _____ | _____ |
| Medias Elasticas | _____ | _____ |
| Ejercitar y/o Caminar | _____ | _____ |
| c. Indique tipo de dolor: | | |
| Dolor en Descanso | _____ | _____ |
| Calambres en Descanso | _____ | _____ |
| Calambres Nocturnos | _____ | _____ |
| Cansancio | _____ | _____ |
| Piernas Pesadas | _____ | _____ |
| Dolor en areas especificas: _____ | _____ | _____ |
| Entumecimiento | _____ | _____ |
| Sensacion de Ardor | _____ | _____ |
| Comentarios adicionales: _____ | _____ | _____ |



| | No | Yes |
|---|-------|-------|
| 10. Su familia tiene o ha tenido los siguiente: | | |
| a. Problemas de Venas Varicosas | _____ | _____ |
| Miembro de Familia con el Problema | _____ | _____ |
| b. Flebitis (inflamacion de las venas) | _____ | _____ |
| Miembro de Familia con el Problema | _____ | _____ |
| c. Cuagulos Sanguineos | _____ | _____ |
| Miembro de Familia con el Problema | _____ | _____ |
| d. Ulceras en las Piernas | _____ | _____ |
| Miembro de Familia con el Problema | _____ | _____ |

| | No | Yes |
|---|-------|-------|
| 11. a. Tiene Historial Medico de lo siguiente: | | |
| Diabetes | _____ | _____ |
| Presion Alta | _____ | _____ |
| Ataques o Convulsiones | _____ | _____ |
| Desmayos o Mareos | _____ | _____ |
| Embolio Hemorragico | _____ | _____ |
| Transfuciones de Sangre | _____ | _____ |
| Asma | _____ | _____ |
| Ampollas | _____ | _____ |
| Artritis | _____ | _____ |
| Tromboflebitis | _____ | _____ |
| Embolismo Pulmonar | _____ | _____ |
| Trombosis Venosa Profunda | _____ | _____ |
| Septicemia | _____ | _____ |
| Enfermedad Autoinmune (ejemplo: Lupus) | _____ | _____ |
| Hepatitis | _____ | _____ |
| Desordenes que lo hacen sangrar | _____ | _____ |
| Facilidad de Moretones | _____ | _____ |
| Enfermedad del Corazon | _____ | _____ |
| Migraña | _____ | _____ |
| Manchas oscuras despues del embarazo, heridas en las piel, o cirugia | _____ | _____ |

b. Alergias a ciertos medicamentos? (Favor de listarlos)

| | | |
|---|-------|-------|
| c. Alergias a ciertas comidas | _____ | _____ |
| d. Alergia o sencibilidad a la cinta adhesiva | _____ | _____ |

Tu trabajo require:

- a. Permanecer parado por mucho tiempo _____
- b. Permanecer sentado por mucho tiempo _____

12. En el transcurso del dia, cuanto tiempo permanence parado?

- a. 10% del dia _____
- b. 20% del dia _____
- c. 30-50% del dia _____
- d. Mas del 50% _____

No Yes

13. Caminar o ejercitar alivia o agrava el dolor? _____

14. Trota, corre, brinca la cuerda , o hace ejercicio? _____

Que tan a menudo por semana: _____

15. Estas embarazado o planea embarazarse pronto? _____

16. Fuma cigarrillos? _____

Si su respuesta es afirmativa , cuantos paquetes fuma al dia? _____

17. Usa medias elasticas de apoyo? _____

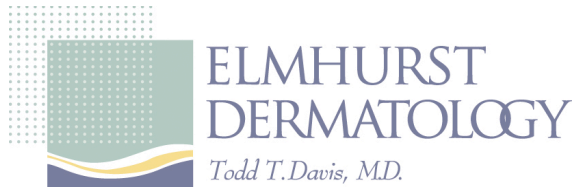
Que clase de medias? _____

Cada cuando? _____

18. Esta tomando algun medicamento?

Indique cual de los siguientes :

- a. Aspirina _____
- b. Anticoagulantes _____
- c. Hormonas o contraceptivos
(pastillas anticoncentivas) _____
- d. Quimioterapia por algun tumor _____
- e. Medicamentos para la Tiroides _____
- f. Cortisone _____
- g. Insulina _____
- h. Sedantes (pastillas para dormir) _____
- i. Tranquilizantes _____
- j. Inhibidores de apetito _____
- k. Otros (especifica): _____



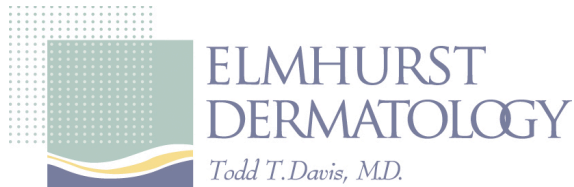
19. Indique la fecha de su ultimo:

a. Examen Fisico

b. Examen de Laboratorio

Instrucciones Previas al Tratamiento de Escleroterapia

1. Informe a su Doctor si usted esta tomando pastillas anticonceptivas o estrogenos.
2. NO tome ninguno de los siguientes medicamentos 7 dias antes y despues del tratamiento; aspirina, ibuprofeno o cualquier medicamento que sea anti inflamatorio sin esteroides (por ejemplo, medicamentos para la artritis).
3. NO tome bebidas alcoholicas y NO fume 2 dias antes y 2 dias despues de su tratamiento, esto podria ser perjudicial para el proceso de curacion.
4. Antes de asistir a su cita, lave completamente sus piernas con un jabon antibacterial. Favor de NO aplicar crema o locion a sus piernas.
5. Para evitar cualquier molestia, NO rasurarse las piernas el dia de la cita ni el dia previo a la misma.
6. Traer pantalones cortos, shorts, los cuales NO esten ajustados para usarlos durante el procedimiento, traer tambien zapatos comodoss de piso, los cuales usara junto con las medias de sopote despues del tratamiento.
7. Comer algo ligero 1 _ antes de su cita.



Lugares donde puede obtener las medias de soporte

VALETTE PHARMACY
101 W Vallette St, Elmhurst, IL 60126
(630) 834-1223

SCHECK & SIRESS PROSTHETICS, INC.
S 376 Summit Ave Oakbrook Terrace, IL 60181
(630) 424-0392

LOMBARD PHARMACY INC
805 S Main St, Lombard, IL 60148
(630) 495 2333 – ask for Mary

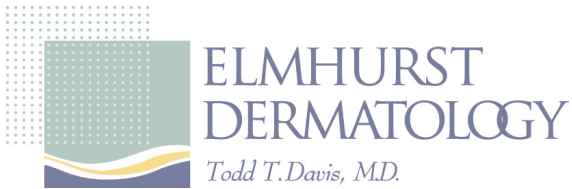
N.T.S MEDICAL SUPPLY INC.
3071 S Wolf Rd, Westchester, IL 60154
(708) 562-0999

WESTMONT PHARMACY
2 N Cass Ave, Westmont, IL 60559
(630) 969-2043

GOTTLIEB PROF BLDG PHARMACY
675 W North Ave, Melrose Park, IL 60160
(708) 450 4941

Instrucciones Posteriores al Tratamiento de Escleroterapia

1. Inmediatamente despues del tratamiento se le pedira que use sus medias de soporte y requerira caminar de 10 a 30 minutos. Favor de usar ropa suelta y zapatos comodos el dia del tratamiento
2. Si el regreso a casa es mas de 30 minutos manejando, pida a alguien mas que maneje por usted o de otro modo tendra que parar cada 10-15 minutos para que pueda hacer movientos con sus piernas.
3. Usted podra hacer sus actividades normales. Tendra que caminar 1 hora por dia, entre mas camine es mejor. Sin embargo, evite permanecer parado por mucho tiempo.
4. Evite bañarse con agua caliente por 2 semanas. Refresque sus piernas con agua fria despues del baño.
5. Use las medias de soporte continuamente por 3 dias (excepto cuando refresque sus piernas). Uselas por 4 dias mas pero debe quitarselas al dormir. Despues de que se le haya tratado, tendra que usarlas para viajes largos o si tiene dolor en las piernas.
6. Evite las actividades fisica arduas asi como aerobic o levantamiento de pesas por las primeras 48-72 horas despues del procedimiento.



7. Hay posibilidad de ver moretones, cambios de color, dolor e inflamacion. Estas condiciones son temporales que generalmente desaparecen semanas despues del procedimiento.
8. Si se desarrollan vejigas/ampollas , limpie el area 3 vecea al dia con agua y jabon y aplique un antibiotico (Polysporin).
9. Llame inmediatamente a la oficina , Elmhurst Dermatology, al (630) 832-2111 si algo de lo siguiente le ocurre
 - a) Fiebre
 - b) Desarrollo de ulcera en alguna parte del area tratada
 - c) Dolor "cuerda dolorosa" en los lados de la vena tratada
 - d) Falta de aire o dificultad al respirar
 - e) Inflamacion dolorosa de la pierna tratada

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA ESCLEROTERAPIA (Pag 1)

Esta forma de consentimiento esta diseñada para proporcionar informacion que usted necesita para tomar la decision de realizar o no realizar Escleroterapia. Si usted tiene alguna pregunta o no entiende los riesgos que implica el tratamiento, favor the preguntar.

QUE ES LA ESCLEROTERAPIA?

Escleroterapia es un metodo popular para eliminar las venas varicosas y telangiectasias superficiales (venas en forma de telarañas) en las cuales agente esclerosante es inyectado en las venas.

ESCLEROTERAPIA FUNCIONA PARA TODOS?

La mayoría de las personas que realizan escleroterapia veran mejoras. Desafortunadamente, no es garantizado que funcione en cada caso. Aproximadamente el 10 % de la s venas tratadas no desaparecen despues de seis tratamientos. En casos muy raros la condicion prodria empeorar despues del tratamiento de escleroterapia.

CUANTOS TRATAMIENTOS NECESITARE?

El numero de tratamientos necesarios para resolver o mejorar su condicion difiere con cada paciente y depende en que tanto esten extendidas las venas varicosas y las venas que son en forma de telaraña. De uno a seis tratamientos podrian ser necesitados , pero el promedio es de tres a cuatro tratamientos.

CUALES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS MAS COMUNES ASOCIADOS CON ESCLEROTERAPIA?

Escosor/Comeson. Dependiendo de la solucion usada, usted podria experimentar un poco de escosor sobre la vena. Normalmente el escosor dura de 1 a 2 horas pero podria persistir de 1 a 2 dias

Hyperpigmentacion Transitoria . Aproximadamente el 10 % de los pacientes que experimentan escleroterapia notaran despues del tratamiento una descoloracion (linear café claro). En casi todos los casos inmediatamente despues del tratamiento las venas se pondran obscuras, en casos raros esto podria persistir de 4 a 12 meses.

Mudar Piel . Al mudar de piel se hace una pequeña ulcera localizada en el lugar de la inyeccion que cerrara/curara lentamente de uno a dos meses. Las cicatrices que se mostraran despues de esto deberan volver a su color normal. Esto usualmente representa inyecciones dentro o cerca de una pequeña arteria lo cual no se puede prevenir.

Reacciones Alergicas. Es muy raro el paciente que tenga una reaccion alergica al agente esclerosante una reaccion alergica en pacientes es mayor si hay un historial de alergias.

Dolor . Algunos pacientes podria sentir dolor moderado o severo y algunos moretones, usualmente en el area donde se aplicaron las inyecciones. Las venas podrian estar sensibles al tocarlas despues del tratamiento y podra sentir una sensacion incomoda en las venas. Este dolor es usualmente temporal y en la mayoría de los casos dura alrededor de 1 a 7 dias.

Nota: Pacientes deben de leer y firmar una nueva forma de consentimiento cada 6 meses.

Iniciales del Paciente _____

Continua

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA ESCLEROTERAPIA (Pag 2)

Telangiectatic Matting. Es el desarrollo de nuevos vasos sanguíneos en el área tratada. Este es un fenómeno temporal que ocurre de 2 a 4 semanas después del tratamiento y usualmente desaparece de 4 a 6 meses. Esto ocurre a más del 18% de las mujeres tomando estrógenos y 2% a 4% a todos los pacientes.

Inflamación de los Tobillos. La inflamación de los tobillos podría ocurrir después del tratamiento de los vasos sanguíneos del tobillo. Esto generalmente se resuelve en pocos días y es disminuido al usar las medias prescritas de soporte.

Flebitis. Esto es una complicación muy rara la cual ha sido vista aproximadamente en 1 de 1000 pacientes tratados por venas varicosas más grandes que 3 - 4 mm de diámetro. Los posibles peligros de flebitis incluyen embolismo pulmonar (cuagulos de sangre), que viajan a los pulmones y síndrome postflebitico el cual puede resultar en una inflamación permanente de las piernas.

CUALES SON LAS POSIBLES COMPLICACIONES SI USTED NO REALIZA ESCLEROTERAPIA?

En venas varicosas muy grandes (con un diámetro más grande que 3-4 mm), flebitis espontánea o trombosis o ambas pueden ocurrir con el riesgo asociado de embolismo pulmonar. Podría presentar también grandes ulceraciones en la piel en la región del tobillo del paciente con venas varicosas antiguas e insuficiencia venosa. Raramente, estas úlceras pueden crear hemorragias o ser cancerosas.

HAY OTROS TRATAMIENTOS PARA TRATAR VENAS VARICOSAS Y TELANGIECTASIAS? CUALES SON SUS EFECTOS SECUNDARIOS?

Piernas varicosas y telangiectasias no son condiciones de vida amenazadoras, por lo mismo no es mandatorio tratarlas en cada paciente. Algunos pacientes podrían tener síntomas de alivio usando gradualmente las medias de soporte. En flebectomía ambulatoria, ciertos tipos de venas son removidas a través de pequeñas incisiones quirúrgicas. Las complicaciones de este tratamiento son muy similares a la escleroterapia, con la adición de pequeñas cicatrices quirúrgicas.

Ligación de venas podría ser necesario para tratar las varices. Este procedimiento es realizado usualmente bajo alguna anestesia. Los riesgos de este procedimiento incluyen parálisis permanente de nervios en un 30 % de los pacientes, posible embolismo pulmonar y cicatrizaciones permanentes. La anestesia tiene riesgos potenciales asociados de parálisis, daños al cerebro y hasta la muerte.

QUE TAL SI HAY ALGUN PROBLEMA DESPUES DE LA ESCLEROTERAPIA?

Si usted nota alguna reacción, favor de llamar inmediatamente a la oficina al (630) 832-2111.

COMENTARIOS: _____

Iniciales del Paciente _____

Continua

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA ESCLEROTERAPIA (Pag 3)

- Entiendo que pequeñas cantidades de una solución química o salina será inyectada, y que habrá una reacción la cual resultará en enrojecimiento e inflamación en el área de las inyecciones.
- Entiendo que la decoloración de la piel puede ocurrir causada por derrame de sangre alrededor de la aguja o algún derrame químico en los tejidos alrededor de las venas, y que la fase de curación tardía de esta reacción podría terminar en una pigmentación de color café permanente. Además, entiendo que una pequeña área de la piel podría desarrollar ulceración en o cerca del área de las inyecciones.
- He sido informado podría ocurrir ocasionalmente después de las inyecciones una profunda trombosis de vena y que esto puede manifestarse con o sin inflamación de las piernas, tobillos y pies. Se me ha explicado y he entendido las consecuencias de coágulos de sangre, incluyendo su migración al corazón y pulmones.
- Se me ha dicho de las reacciones adversas que podrían ocurrir a causa de la inyección de cualquier sustancia en el cuerpo, incluyendo los varios efectos alérgicos y efectos secundarios.
- Para que un registro de mi caso sea reunido, doy el consentimiento de tomar y reproducir fotos las cuales mostrarán las áreas que han sido tratadas. Además, consiento que las fotografías puedan ser mostradas para instruir a grupos profesionales o a individuos, así ellos pueden aprender de las condiciones que han sido tratadas y de los resultados del tratamiento. Consentimiento es dado con la comprensión que mi caso no será identificado y mucho menos mi nombre será utilizado o revelado en ningún momento.

Con mi firma en la parte de abajo, reconozco que he leído y recibí una copia de esta Forma Informativa y de Consentimiento para Escleroterapia. Además, reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. He sido informado adecuadamente de los riesgos, beneficios, y métodos alternos al tratamiento así como el riesgo de no tratar mi condición. Yo por la presente consiento en proceder con el tratamiento de escleroterapia.

Firma (Paciente o Padre/Guardian)

Fecha

Representante del Paciente

Fecha

Firma (Testigo)

Fecha

Titulo