

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA CONSERVADORA DE MAMA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento, se me va a extirpar la lesión de la mama con un margen de tejido sano y los ganglios de la axila del mismo lado. Durante la cirugía se realizará un estudio anatomopatológico que valorará la afectación de los márgenes de resección, de manera que si están afectados por la enfermedad es posible que sea necesario la extirpación de toda la mama en la misma intervención o de forma diferida (en otra intervención) por los resultados de estudios posteriores.

Si se extirpara toda la mama, en ocasiones es posible, que se me coloque un dispositivo en la zona de la operación que facilitará la reconstrucción estética posterior.

Es posible que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, por los hallazgos intraoperatorios, y siempre con la intención de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende la extirpación de mi lesión evitando su extensión a tejidos vecinos y a distancia.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

En su caso particular se considera que esta es la alternativa más eficaz. Existe la alternativa de extirpar toda la mama.

En caso de no aceptar la resección quirúrgica, en algunos casos se pueden valorar tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de estas.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

En algunos casos se produce una alteración de la anatomía de la mama.

RIESGOS

Riesgos poco graves y frecuentes:

1. Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica.
2. Colección de líquido en la herida.
3. Flebitis.
4. Edema transitorio del brazo.

5. Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.

6. Dolor prolongado en la zona de la operación y dificultad transitoria en la movilidad del brazo. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, fisioterapia, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Riesgos poco frecuentes y graves:

1. Inflamación grave de los linfáticos del brazo.
2. Sangrado importante.
3. Dificultad para la movilidad del hombro y brazo.
4. Reproducción de la enfermedad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA CONSERVADORA DE MAMA

RIESGOS EN FUNCION DE LA
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGIA CONSERVADORA DE MAMA**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGIA CONSERVADORA DE MAMA**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO MÉDICO