

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MASTOPLASTIA DE REDUCCION



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

La operación consiste en la extirpación de tejido mamario y piel sobrante con el fin de disminuir el peso de las mamas y mejoras los problemas médicos asociados al tamaño de las mismas.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Mediante este procedimiento se pretende disminuir el tamaño de las mamas dado que presento una gigantomastia que me ocasiona problemas médicos, como ha quedado acreditado por los médicos que me han valorado antes de la intervención.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

El médico me ha explicado que como tratamiento alternativo existen diferentes técnicas quirúrgicas para la mastoplastia de reducción con cicatrices de localización diferente pero que siempre se me realizará la intervención en función de mis características individuales.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Esta cirugía origina cicatrices entorno a la areola, debajo del surco mamario y vertical desde el punto medio del surco mamario hasta la areola. Conozco que en algunos casos conseguir una simetría perfecta puede requerir nuevas intervenciones quirúrgicas.

RIESGOS FRECUENTES

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables.

He sido informado de las posibles complicaciones que pueden suceder y en especial de las siguientes:

1. Hemorragia con sangrado que puede requerir un drenaje de la misma.
2. Infección de las heridas quirúrgicas con posible reducción del resultado estético y que puede requerir tratamiento antibiótico o cirugía adicional.
3. Necrosis (muerte de la piel) cutánea y/o del complejo areola pezón parcial o total.
4. Cicatrices hipertróficas o queloides.
5. Alteración o pérdida de la sensibilidad del complejo areola pezón.
6. Asimetría mamaria.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MASTOPLASTIA DE REDUCCION

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 **MASTOPLASTIA DE REDUCCION**

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 **MASTOPLASTIA DE REDUCCION**

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