

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SUSTITUCION DE EXPANSOR POR PROTESIS



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO 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 colocación de la prótesis dentro de la cavidad creada por el expansor debajo del músculo pectoral mayor.
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 y como parte integral del tratamiento de mi cáncer de mama se pretende sustitución del expansor tisular temporal por un prótesis mamaria definitiva.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es la sustitución del expansor por la prótesis existiendo otras opciones como la reconstrucción con un colgajo de músculo dorsal ancho que también suele precisar la colocación de un expansor definitivo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La intervención y sus posibles consecuencias, independientemente de la perfecta ejecución conlleva una cicatriz residual y una posible asimetría mamaria. Conozco que para conseguir la simetría mamaria podría ser necesaria una nueva intervención quirúrgica.

RIESGOS FRECUENTES

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

1. Contractura de la cápsula que se forma alrededor del expansor con el consiguiente engrosamiento del tejido que rodea al mismo y la sensación molesta y dolorosa que lo acompaña. El tratamiento de la contractura capsular puede requerir cirugía, cambio del implante o retirada del mismo.
2. Infección de la herida quirúrgica y/o del expansor.
3. Necrosis (muerte de la piel) cutánea y extrusión o exteriorización del expansor.
4. Adelgazamiento y deformación de la piel situada encima del expansor.
5. Simetría mamaria no exacta a la mama contralateral.

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

SUSTITUCION DE EXPANSOR POR PROTESIS

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 **SUSTITUCIÓN DE UN EXPANSOR POR PROTESIS MAMARIA**

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 **SUSTITUCIÓN DE UN EXPANSOR POR PROTESIS MAMARIA**

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