

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TUMORECTOMIA 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. El resultado del análisis anatómo-patológico intra o postoperatorio puede indicar la necesidad de ampliar la resección a los ganglios de la axila y/o parte o toda la mama. 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. 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.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El cirujano/a me ha informado que mediante este procedimiento se pretende la extirpación de mi lesión de la mama para su estudio anatomopatológico y evitar su crecimiento.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

En su caso particular, dado que se precisa establecer un diagnóstico exacto, se considera que esta es la alternativa más eficaz

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

RIESGOS FRECUENTES

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.

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

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

TUMORECTOMIA 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 **TUMORECTOMIA 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 **TUMORECTOMIA 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