

Documento de consentimiento informado para cirugía conservadora de mama

Nº Historia:.....

Doña:.....y DNI N°.....
(Nombre y dos apellidos)

Don/Doña:..... y DNI N°.....
(Nombre y dos apellidos)

En calidad de de Doña:.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

DECLARO

Que el
DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

[illegible]

1. Debido a la situación clínica del proceso, localización y sus características, puede ser sometida a una cirugía conservadora de mama, con unos resultados similares a los obtenidos con terapéutica quirúrgica más agresiva:
 - a) Extirpación de un área conflictiva de la mama previamente señalizada con aguja/s de Kopans (arpón/es).
 - b) Tumorectomía (resección de la tumoración).
 - c) Resección segmentaria (resección de un segmento de tejido mamario, y la fascia pectoral subyacente (-en caso de malignidad-).
 - d) Cuadrantectomía o mastectomía parcial (extirpación de un cuadrante de toda la mama, y la fascia pectoral subyacente (-en caso de malignidad-).
 - e) Mastectomía simple (extirpación completa de la glándula mamaria que incluya la piel, tejido graso subcutáneo y pezón).
 - f) Mastectomía simple (extirpación completa de la glándula mamaria que incluya la piel, tejido graso subcutáneo y pezón).
 - g) Linfadenectomía axilar (extirpación de los ganglios linfáticos axilares), únicamente como complemento a cirugía mamaria por proceso maligno.

He sido informada, y estoy de acuerdo, de que generalmente es necesario realizar un tratamiento complementario con radioterapia sobre la mama restante . sólo en caso de malignidad-. En estos casos, además pueden ser necesarios otros tratamientos (quimioterapia, hormonoterapia, rehabilitación etc.).

En mi caso, en principio se practicará

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica pueden ser:

- Infecciones postoperatorias (que a veces requieren drenaje y tratamiento antibiótico).
- Hemorragias intraoperatorias (sobre todo si se realiza limpieza axilar, pudiendo ser necesario la realización de transfusión ~~intra~~ o postoperatoria). En casos muy raros pueden producirse lesiones vasculares y/o neurológicas.
- Hematomas postoperatorios (consiste en la acumulación de sangre en el leco quirúrgico, que, a veces, requiere drenaje quirúrgico).
- Seromas postoperatorios (acumulación de líquido seroso generalmente en polo inferior de axila, que en algún caso requiere punción-aspiración para vaciado).
- Edema de brazo (es la complicación más frecuente. Consiste en la formación de un linfedema en la extremidad superior, debido, sobre todo, a la interrupción de drenaje linfático, por la exéresis de los vasos y ganglios linfáticos axilares).
- Contracturas cicatriciales.
- Limitación de la movilidad del hombro.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....
4. **Anestesia:** El procedimiento se puede realizar con anestesia local o general, dependiendo de los casos. Si fuera anestesia general, se valorará bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.
5. **Transfusiones:** No se pueden descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.
6. **Anatomía Patológica.** La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSENTIMIENTO

Que se me realice una CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo.: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado ò ò ò ò ò ò ò ò ò .

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

Doña:.....y DNI Nº.....
(Nombre y dos apellidos)

Don/Doña:..... y DNI Nº.....
(Nombre y dos apellidos)

En calidad de de Doña:.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fechay no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(Lugar y fecha)

Fdo: EL/LA MÉDICO
Nº Colegiado ò ò ò ò ò ò ò ò ò .

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)