



Consentimiento
Informado para
Tratamiento Quirúrgico
de Mama
Supernumeraria y/o
Axilar

Versión 3.0

Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Mama Supernumeraria y/o Axilar



Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Mama Supernumeraria y/o Axilar

Mi hipótesis diagnóstica es:

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de **MAMAS SUPERNUMERARIAS y/o AXILARES**

Las **MAMAS SUPERNUMERARIAS** corresponden a la aparición de tejido mamario ectópico o en una ubicación que no es la normal. Habitualmente se presentan como un aumento de volumen progresivo y sensible en lo que corresponde a la línea mamaria, que puede ir desde las axilas

hasta las zonas inguinales, pasando por el tórax y el abdomen y pueden presentarse con o sin pezones asociados. Dependiendo de la ubicación de las **MAMAS SUPERNUMERARIAS** y de la presencia o no de pezones, la cirugía consiste en la extirpación en losanjo incluyendo a estos y además el volumen de tejido mamario ectópico, intentando el mejor resultado cosmético posible.

En el caso de **MAMAS AXILARES** de volumen moderado a grande, es posible que se requiera dejar un drenaje en la zona operatoria, para la evacuación del líquido sero hemático que fluye de este tipo de cirugías y su retiro dependerá de la cantidad de líquido que drene a diario. Es posible además, que se requiera el uso de una venda elástica compresiva para el mejor manejo de la zona operatoria y evitar la formación de seromas en ella.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible (excepcionalmente) que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.

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 como sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial de las heridas; dolor prolongado en la zona de la operación, flebitis superficiales y aparición de seromas (acumulación de líquido en la zona operatoria), aun después del uso de drenajes. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir, curaciones, punciones sucesivas y rara vez la reintervención, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

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.

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

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

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

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

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **MAMAS SUPERNUMERARIAS y/o AXILARES**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

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

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....