



Consentimiento
Informado para la
Cirugía de Mastectomía
Parcial con o sin
Marcación Ecográfica
y/o Mamográfica
Versión 3.0

Consentimiento Informado para la Cirugía de Mastectomía Parcial con o sin Marcación Ecográfica y/o Mamográfica

Consentimiento Informado para la Cirugía de Mastectomía Parcial con o sin Marcación Ecográfica y/o Mamográfica

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:

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para el diagnóstico **CORRECTO DE LA LESIÓN MAMARIA QUE POSEO. (Mastectomía Parcial)**

- Mediante este procedimiento se pretende realizar una biopsia a través de la extirpación de toda la lesión mamaria, con bordes macroscópicamente libres (**MASTECTOMIA PARCIAL**), por no conocerse el carácter benigno o maligno de ella en el preoperatorio.

- Esta mastectomía parcial puede ser realizada sin marcación pre operatorio en aquellos casos en que la **LESIÓN** sea **PALPABLE** y con marcación o localización ecográfica en piel y/o marcación mamográfica con aguja en aquellos casos en que la **LESION** sea **NO PALPABLE**.
- La **MARCACIÓN ECOGRÁFICA EN PIEL** habitualmente se realiza en el caso de nódulos no palpables y consiste en realizar una cruz o círculo en la piel de la mama sobre la proyección del nódulo, visto bajo ecografía previo a la cirugía.
- La **MARCACIÓN MAMOGRÁFICA CON TRÓCAR O AGUJA** se realiza habitualmente en el caso de **MICROCALCIFICACIONES** o en nódulos no palpables y tampoco visibles bajo ecografía y consiste en la introducción de una aguja de marcación en la zona mamaria donde se ubica la lesión, bajo anestesia local y comprobación mamográfica de su correcta ubicación, a fin de que el cirujano se guíe en la extirpación con dicho trócar o aguja. Es posible que se agregue a esta marcación mamográfica una marcación ecográfica en piel para mejor localizar la lesión.
- Dependiendo de una serie de factores que se me han explicado, el diagnóstico definitivo puede obtenerse en breves minutos durante la cirugía (**BIOPSIA INTRAOPERATORIA O RÁPIDA**, posible de realizar habitualmente en nódulos) y según éste se puede continuar en la misma operación con el tratamiento quirúrgico definitivo correspondiente (ganglio centinela, disección axilar, mastectomía total, implante de catéter con reservorio para quimioterapia).
- En algunos casos de nódulos no palpables y habitualmente en todos los casos de microcalcificaciones, no es posible realizar la biopsia intraoperatoria y ésta consistirá en una **BIOPSIA DIFERIDA**, es decir, cuyo resultado se obtendrá unos 7 a 10 días posteriores a la cirugía.
- 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. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una 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 el diagnóstico **CORRECTO DE LA LESIÓN MAMARIA QUE POSEO. (Mastectomía Parcial)**

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:.....