

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA BIOPSIA DE LA MAMA CON ANCLAJE
ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO**

***¿DESEO SER INFORMADO** sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento, se pretende la localización de la lesión existente en la mama mediante métodos radiológicos, marcándola con un arpón en el servicio de rayos, para posteriormente extirparla en quirófano y comprobar mediante radiografías que la resección ha sido completa.

El resultado del análisis anatomo-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.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El cirujano/a me ha informado que mediante este procedimiento, se pretende extirpar la lesión de la mama para un estudio anatopatológico completo, evitando su crecimiento.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En su caso particular, dado que se precisa establecer un diagnóstico exacto, y ante la imposibilidad de localizar la lesión por otros medios, se considera que esta es la alternativa más eficaz.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

En algunos casos se produce una alteración de la anatomía de la mama.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

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:

C. INFORMADO PARA BIOPSIA DE LA MAMA CON ANCLAJE

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. Disminución del volumen de la mama.
7. 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. Excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Riesgos poco frecuentes y graves:

1. Inflamación grave de los linfáticos del brazo.
2. Reproducción de la enfermedad.
3. Sangrado importante.
4. Dificultad para la movilidad del hombro y brazo.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D^a			
<p>DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento</p>			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D^a			
<p>DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento</p>			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
<p>DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.</p>			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA