

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA 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 " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La operación consiste la extirpación de uno o más ganglios centinelas tras la localización del mismo mediante una sonda gamma detectora.

El ganglio centinela es el primer ganglio linfático que entra en contacto con las células cancerosas cuando estas se diseminan desde el tumor primario. La localización mas habitual es la grasa de la axila. Mediante este procedimiento se pretende identificar la(s) zona(s) de drenaje del tumor mamario, localizar el (los) ganglio(s) centinelas y extirparlos de forma independiente para poder hacer un estudio selectivo de los mismos. De este análisis dependerá el tratamiento posterior. Si es factible se realizará un análisis intraoperatorio del ganglio y en caso de ser positivo se procederá a realizar la linfadenectomía. Si es negativo este primer estudio se esperará a la realización del protocolo completo de ganglio centinela por parte del Servicio de Anatomía Patológica con el fin de saber si la linfadenectomía es necesaria.

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.

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

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

Mediante este procedimiento y como parte integral del tratamiento de mi cáncer de mama se pretende realizar una correcta estadificación de mi cáncer de mama mediante la realización de una biopsia del ganglio centinela.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El médico me ha explicado que pueden existir tratamientos alternativos como la linfadenectomía axilar sin realización de la biopsia de ganglio centinela.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Esta intervención conlleva una cicatriz en la zona de la piel por encima de la localización del ganglio centinela.

### 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

**C. INFORMADO PARA LA BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA**

efectos indeseables.

He sido informado de las posibles complicaciones que pueden suceder y en especial de las siguientes:

1. Infección de la herida quirúrgica.
2. Seroma.
3. Edema transitorio.
4. Cicatriz hipertrófica.

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

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

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

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

.....

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>