

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA MAMA 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 me va a extirpar la lesión de la mama con un margen de tejido sano y los ganglios de la axila del mismo lado. Durante la cirugía se realizará un estudio anatomopatológico que valorará la afectación de los márgenes de resección, de manera que si están afectados por la enfermedad es posible que sea necesario la extirpación de toda la mama en la misma intervención o de forma diferida (en otra intervención) por los resultados de estudios posteriores.

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.

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.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será 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 la extirpación de mi lesión evitando su extensión a tejidos vecinos y a distancia.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En su caso particular se considera que esta es la alternativa más eficaz. Existe la alternativa de extirpar toda la mama.

En caso de no aceptar la resección quirúrgica, en algunos casos se pueden valorar tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de estas.

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

C. INFORMADO PARA CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA MAMA

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:

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. Dolor prolongado en la zona de la operación y dificultad transitoria en la movilidad del brazo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, fisioterapia, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y 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. Sangrado importante.
3. Dificultad para la movilidad del hombro y brazo.
4. Reproducción de la enfermedad.

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

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA