

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA 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

Antes de la intervención quirúrgica, el cirujano dibujará sobre sus mamas las líneas de extirpación para calcular el volumen de extirpación necesario y la nueva posición de la areola y el pezón.

Durante la operación se realizará un estudio anatomopatológico que indicará si hay o no afectación de los márgenes de resección de manera que si la extirpación no es completa es posible que sea necesario la extirpación de toda la mama en la misma intervención o de forma diferida por resultado de estudios posteriores.

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 extirpar la lesión de la mama a través de técnicas de reducción mamaria para evitar la extirpación completa de la mama (mastectomía) y mejorar el resultado estético final. El resultado final es la reducción de la mama enferma y por ello es necesario realizar la misma técnica en la otra mama con objeto de que ambas sean simétricas en lo referente a su tamaño y a la altura de la areola y pezón.

No se trata de una cirugía estética, es una intervención que persigue el control local del tumor mediante la conservación mamaria. Requiere siempre la administración de anestesia general.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La intervención y sus posibles consecuencias, independientemente de la perfecta ejecución conlleva una cicatriz residual y una asimetría mamaria. Conozco que para conseguir la simetría mamaria será precisa una nueva intervención quirúrgica.

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 CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA

efectos indeseables:

1. Infección o sangrado de herida quirúrgica.
2. Colección líquida en la herida.
3. Flebitis. Edema transitorio del brazo.
4. Cicatrices retráctiles.
5. Disminución del volumen de la mama.
6. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Complicaciones típicas de la cirugía oncológica:

1. Asimetría mamaria. Consiste en diferencias en el tamaño o en la altura de las areolas o pezón que pueden intensificarse por el tratamiento con radioterapia.
2. Cambios en la sensibilidad del pezón. Estos cambios pueden ser permanentes o reversibles dependiendo de la técnica empleada.
3. Pérdida de la areola-pezón. En un pequeño porcentaje de casos (8%) puede producirse un compromiso de la vascularización del pezón y ocasionar su caída.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero también pueden requerir una reintervención, generalmente de urgencia. Aunque con un riesgo mínimo, en algún caso podrían llegar a tener consecuencias graves. 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

1. Inflamación de los linfáticos del brazo.
2. Recidiva de la enfermedad.
3. Sangrado importante.
4. Alteraciones locales de los nervios.

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

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