

<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 LA REALIZACIÓN DE MASTOPEXIA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

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

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
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			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La operación consiste en la remodelación de la mama y el ascenso del complejo areola pezón con el fin de conseguir la simetría respecto a la mama opuesta. Esta remodelación puede conllevar la extirpación de tejido mamario y siempre lleva consigo la extirpación de la piel sobrante.

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 del tratamiento integral del cáncer de mama se pretende elevar la mama contralateral a la reconstruida por cáncer previamente, con el fin de conseguir la mayor simetría posible de las dos mamas.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El médico me ha explicado que el tratamiento alternativo podría consistir en no llevar a cabo la intervención o en el uso de prendas interiores para elevar las mamas caídas.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Esta cirugía origina cicatrices entorno a la areola, debajo del surco mamario y vertical desde el punto medio del surco mamario hasta la areola.

Conozco que en algunos casos conseguir una simetría perfecta puede requerir nuevas intervenciones quirúrgicas.

### 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.

**C. INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA MASTOPEXIA**

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

1. Hemorragia con sangrado que puede requerir un drenaje de la misma.
2. Infección de las heridas quirúrgicas con posible reducción del resultado estético y que puede requerir tratamiento antibiótico o cirugía adicional.
3. Necrosis (muerte de la piel) cutánea y/o del complejo areola pezón parcial o total.
4. Cicatrices hipertróficas o queloides.
5. Alteración o pérdida de la sensibilidad del complejo areola pezón.
6. Asimetría mamaria .

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>			
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
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
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
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
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