

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN CIRUGIA CONSERVADORA DE LA MAMA:

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en extirpar la lesión y parte del tejido sano que lo rodea.

Sirve para analizar la lesión extirpada, confirmar el diagnóstico, y decidir si ese tratamiento es suficiente o se necesita extirpar más partes de la mama o de los ganglios de la axila. Los resultados son comparables, en su caso, a tratamientos quirúrgicos más agresivos.

Es importante conocer que en el caso de tumores malignos, la cirugía conservadora obliga a realizar un tratamiento complementario con radioterapia, para completar su efectividad.

CÓMO SE REALIZA

El acceso se realiza mediante una incisión en la mama. A través de ella se extirpará la totalidad de la lesión que usted presenta. Si procede, también se extirparán todos los ganglios linfáticos de la axila, o bien se realizará la biopsia selectiva del ganglio centinela, en el caso de que esta técnica esté disponible en el centro. Sobre este último procedimiento se le ofrecerá información específica en otro formulario.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, y así proporcionarle el tratamiento más adecuado a su caso.

La intervención requiere anestesia, local o general, según el caso, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. Sobre todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Al extirpar parte de la mama, es posible que se altere la anatomía de la zona, con la consiguiente afectación estética y de la percepción de su imagen corporal. Ello, a veces, ocasiona ciertos trastornos de adaptación que requieren de atención especializada.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La extirpación de la lesión evitará el crecimiento de la misma, así como la extensión de la enfermedad a tejidos vecinos o a distancia.

En su caso, se obtendrán los mismos beneficios que con la extirpación completa de la mama, tanto en tiempo de supervivencia global como en intervalo libre de enfermedad, pero con mejores resultados estéticos.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Cuando se haya confirmado previamente la malignidad de la lesión, y si no acepta la extirpación quirúrgica, en algunos casos se pueden valorar tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de estas, pero debe comprender que los resultados en cuanto a curación y pronóstico son inferiores.

Así mismo, si no acepta la administración del tratamiento complementario con radioterapia, la alternativa es realizar una extirpación completa de la mama (mastectomía radical)

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

LOS MÁS FRECUENTES:

Suelen ser poco graves

- Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica.
- Colección de líquido en la herida.
- Inflamación de las venas (Flebitis).
- Edema transitorio del brazo.
- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

LOS MÁS GRAVES:

- Sangrado importante.
- Dificultad para la movilidad del hombro y brazo por lesión de nervios de la zona.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....