

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA MAMARIA

Consiento que el/la doctor/a como cirujano/a y sus ayudantes, me realicen la extirpación del sector mamario enfermo para su estudio por biopsia, y traten la enfermedad que se me diagnostique en la misma operación, como tratamiento para:

Durante la cirugía un médico especialista en Anatomía Patológica estudiará el sector enfermo por medio de una biopsia intraoperatoria. Según su resultado, se procederá a alguna de las siguientes opciones:

- Dar por terminada la cirugía, sin extraer más tejido mamario.
- Extraer un sector de tejido mamario alrededor del sector enfermo, llamada cirugía conservadora (cuadrantectomía). Esto será posible de acuerdo a las normativas del Servicio e Internacionales, si: no hay evidencia de multicentricidad (otros focos dentro de la misma mama); se logran márgenes libres de enfermedad; aceptación del tratamiento con radioterapia postoperatorio.
- Extraer toda la mama (mastectomía). Esto será necesario de acuerdo a las normativas del Servicio e Internacionales, porque: hay evidencia de multicentricidad; no hay márgenes libres de enfermedad; procesos o situaciones que impiden el tratamiento con radioterapia postoperatorio; imposibilidad de conservar adecuadamente la mama por corresponder a un volumen de extirpación importante respecto del volumen mamario. El equipo médico intentará conservar la mama siempre que sea posible.
- En cualquiera de las operaciones anteriores (cirugía conservadora/mastectomía) puede agregarse la extirpación de ganglios axilares (ganglio centinela, sampling ganglionar o linfadenectomía), si las características de la enfermedad así lo requieran.

El sector mamario enfermo es sometido a un estudio anatomopatológico ampliado en las semanas siguientes y de su resultado puede surgir que resulte necesario una nueva cirugía. Entiendo que es mi deber retirar el resultado e informárselo al médico.

Entiendo que el material extirpado puede ser procesado y utilizado para realizar trabajos de investigación.

Entiendo que para ésta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el Servicio de Anestesia.

Reconozco que la medicina, y la práctica quirúrgica en general, no son ciencias exactas, y que no es posible garantizar totalmente los resultados de la operación, teniendo en cuenta que toda intervención quirúrgica conlleva un riesgo.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, tales como: dolor, inflamación, hematomas (acumulación de sangre), seromas (acumulación de líquido), necrosis de la piel, granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), sangrado o hemorragias con posible necesidad de transfusiones de sangre intra o



postoperatorias, infecciones con posible evolución febril, abscesos, reacciones alérgicas, dificultad para futura lactancia, alteraciones en la sensibilidad del brazo o torax homolateral, reaparición de la enfermedad en el área intervenida o a distancia, linfedema del brazo operado, limitaciones en los movimientos del hombro, disminución del volumen mamario, deformación y/o asimetría de la mama. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como la septicemia (infección generalizada), trombosis (coágulos en los vasos sanguíneos) y muerte.

Entiendo los cuidados que debo tener previos y posteriores a la cirugía. Estoy satisfecha/o con la información brindada por el/la médico/a, quien lo ha hecho en lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y evacuar dudas, y todas ellas han sido resueltas. Además, entiendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conlleva éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

En tales condiciones autorizo que se me realice

.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

ACLARACIÓN

.....

DNI

.....

CIUDAD Y FECHA

REVOCABILIDAD:

Habiendo comprendido lo informado por escrito y verbalmente, y estando en pleno uso de mis facultades; manifiesto que en uso de mis derechos como Responsable, NO otorgo consentimiento para:

- Que se realice el procedimiento asumiendo los riesgos que se deriven de mi decisión.

.....

Firma del padre/madre o Responsable Firma Testigo

DNI N°:.....