

## 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: TUMORECTOMÍA DE LA MAMA CON O SIN ANCLAJE ( EXTIRAPACIÓN / BIOPSIA DE TUMOR 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**

Mediante este procedimiento, se va a quitar la lesión de la mama. A veces, si es necesario, también se quitan los ganglios de la axila y/o la mama o una parte de ella.

#### CÓMO SE REALIZA

Para hacer esta intervención tendremos que hacer una incisión en la mama, y a través de ella se quitará la lesión. A veces se necesita que colaboren los radiólogos para localizar lesiones no palpables, y estos mediante métodos radiológicos localizan la lesión y colocan un alambre de material quirúrgico (arpón) para marcar el punto exacto en el que se encuentra. El cirujano quitará la lesión guiándose por este alambre o arpón. Después se realizarán radiografías para comprobar que se le ha quitado toda la lesión.

A veces, durante la intervención se producen hallazgos imprevistos y tendremos que modificar la intervención sobre la marcha para adaptarnos a lo que encontremos. A veces el análisis durante o tras la operación nos muestra que hay que quitar también los ganglios de la axila y/o la mama o una parte de ella.

El procedimiento 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. Para todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

#### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Al quitar parte de la mama, es posible que se altere la anatomía de la zona y note ligeras molestias en la misma.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Quitar la lesión de la mama eliminará los síntomas locales que esta produce. En algunos casos evitará la extensión de la enfermedad, impidiendo que progrese y afecte a otros órganos. Además hará más fácil el análisis de la lesión por el patólogo.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En su caso particular se considera que esta es la alternativa más eficaz porque se precisa extirpar completamente la lesión y establecer un diagnóstico exacto y no es posible localizar la lesión por otros medios. En algunos centros es posible realizar una punción-biopsia guiada por ecografía, denominada biopsia con aguja gruesa, que aporta diagnóstico pero no extirpa la lesión completa.

En caso confirmado de malignidad, y si no acepta la extirpación quirúrgica, en algunos casos se pueden valorar tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de estas.

En el caso de que sea candidata a la biopsia selectiva del ganglio centinela, esta alternativa es posible.

### 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.

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.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

Suelen ser poco graves

- Infección o sangrado o alteraciones de la herida de la operación (colección líquida, herida retráctil, y otras).
- Inflamación de las venas donde se ponen los sueros (flebitis).
- Hinchazón (edema) transitoria del brazo.
- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

### 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 conocido 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.

### 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.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso, su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**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.....