

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE MAMA CON ANCLAJE

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: ....., nº historia: .....  
Nombre y apellidos del representante (si procede): .....

### SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí**  **No**   
Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: .....

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento, se pretende la localización de la lesión existente en la mama mediante métodos radiológicos, marcándola con un arpón en el servicio de rayos, para posteriormente extirparla en quirófano y comprobar mediante radiografías que la resección ha sido completa.

El resultado del análisis anatómico-patológico intra o postoperatorio puede indicar la necesidad de ampliar la resección a los ganglios de la axila y/o parte o toda la mama.

Es posible que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, por los hallazgos intraoperatorios, y siempre con la intención de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Si se extirpara toda la mama, en ocasiones es posible, que se me coloque un dispositivo en la zona de la operación que facilitará la reconstrucción estética posterior.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

### BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que mediante este procedimiento, se pretende extirpar la lesión de la mama para un estudio anatomopatológico completo, evitando su crecimiento.....  
.....

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso particular, dado que se precisa establecer un diagnóstico exacto, y ante la imposibilidad de localizar la lesión por otros medios, se considera que esta es la alternativa más eficaz.....  
.....

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Colección de líquido en la herida. Flebitis. Edema transitorio del brazo. Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida. Disminución del volumen de la mama. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Inflamación grave de los linfáticos del brazo. Reproducción de la enfermedad. Sangrado importante. Dificultad para la movilidad del hombro y brazo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, fisioterapia, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención. Excepcionalmente puede producirse la muerte.

### RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

### CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

En algunos casos se produce una alteración de la anatomía de la mama.....  
.....

### ¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

.....

### Declaraciones y firmas:

D./D<sup>a</sup>: ..... con DNI: .....

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(BIOPSIA DE MAMA CON ANCLAJE)** que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Firma del paciente

Dr/a: .....

D./D<sup>a</sup>: .....

Colegiado nº .....

Fecha: .....

D./D<sup>a</sup>: ....., con DNI: .....

en calidad de ..... a causa de ..... doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha: .....

### Revocación del consentimiento:

D./D<sup>a</sup>: ....., con DNI: .....

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha .....