

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CÁNCER DE MAMA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende disminuir la masa tumoral y su diseminación o metástasis del cáncer.
- Se espera mejorar la calidad de vida y sobrevida de la enfermedad, disminuyendo las posibilidades de complicaciones y síntomas.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se va a extirpar un segmento de la mama (mastectomía parcial) o el total de la mama (mastectomía total).
- En algunos casos se realizará vaciamiento axilar, que es la extracción de los ganglios linfáticos de la axila para completar estudio de diseminación de la enfermedad.
- Con los informes de la biopsia de mama y/o ganglios de la axila y los antecedentes personales/familiares de la enfermedad se decidirá en el post-operatorio el o los tratamientos complementarios que sean necesario, como puede ser algunos o todos de los siguientes: quimioterapia, radioterapia y/o tratamiento hormonal.
- Cabe la posibilidad que durante la biopsia ecoquirúrgica de mama haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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, riesgos poco graves y frecuentes: 1. Infección de herida operatoria. 2. Sangrado de la herida quirúrgica. 3. Dolor prolongado en la zona de la operación. 4. Dolor y molestias de la cara interna del brazo.
- Riesgos poco frecuentes y graves: 1. hemorragias, 2. trombosis venosa
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento 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.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)
 RUT
 Firma

Sr(a)
 RUT
 Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal
 RUT
 Firma
 Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal
 RUT
 Firma
 Fecha