

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía Conservadora de la Mama y Linfadenectomía Axilar	FL-CDM-43
		Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Algunos cánceres de mama pueden tratarse de modo correcto sin necesidad de amputar el seno (mastectomía), y sin que ello modifique el pronóstico del tumor. La conservación de la mama, en general, exige una operación y posteriormente la radiación sobre la mama conservada.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA MAMA Y LINFADENECTOMÍA AXILAR (En qué consiste)

La intervención consiste en la extirpación del tumor de la mama junto con un margen de tejido sano alrededor del mismo, así como de los ganglios linfáticos que se encuentran en la axila (Linfadenectomía). La operación requiere la confirmación histológica del tumor, antes o durante la propia intervención (biopsia intraoperatoria). En aquellos casos en que los especialistas de Anatomía Patológica encargado de analizar microscópicamente el tumor, encontraran existencia de dicho tumor en los bordes de la pieza extraída puede requerirse una ampliación de la zona extirpada, o bien de practicar una cirugía más radical como es la extirpación de la mama (mastectomía). También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA MAMA Y LINFADENECTOMÍA AXILAR

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

Asociados a la cirugía sobre la mama:

- Hemorragia, hematoma, serosa y/o absceso.
- Dehiscencia, alteraciones en la estética de la cicatriz (retracciones, hipertrofias, queloides).
- Retracción, disminución del volumen de la mama.

Asociados a la Linfadenectomía:

- Hemorragia; lesión de los nervios de la axila
- Hematoma, serosa y/o absceso de la herida.
- Dehiscencia, retracción, hipertrofia, queloide de la cicatriz.
- Parestesias, edema del brazo, limitación de la movilidad y disminución de la fuerza del brazo.

Riesgos de todo procedimiento anestésico; tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

En general estas complicaciones no son frecuentes (salvo el seroma) y su repercusión clínica es escasa. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) y Kinesioterapia, pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Consideramos necesario que se realice una intervención quirúrgica y que la más adecuada en su caso es la propuesta frente a otras alternativas existentes.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía Conservadora de la Mama y Linfadenectomía Axilar	FL-CDM-43
		Rev.04

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía Conservadora de la Mama y Linfadenectomía Axilar.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía Conservadora de la Mama y Linfadenectomía Axilar**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
 (Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía Conservadora de la Mama y Linfadenectomía Axilar** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
 (Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)