

Documento de Consentimiento Informado**“MASTECTOMÍA CON AHORRO DE PIEL”**

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Extirpar el tumor conservando la piel para una posterior reconstrucción de la mama.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano me ha explicado que, mediante este procedimiento, se pretende la extirpación de todo o gran parte del tejido mamario, con el tumor, conservando la piel y, a veces, el complejo areola-pezones.

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

Si está indicado, 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 será informada por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

La intervención se realiza a través de una incisión (corte) en la piel que incluye el complejo areola-pezones (cuando está indicada su extirpación) y la zona de piel imprescindible.

En mi caso el tipo de cirugía que se efectuará será:.....

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Como consecuencia de la cirugía se alterará la anatomía de la zona y la percepción de su imagen corporal, lo cual puede tener efectos en su autoestima y en su estado de ánimo.

RIESGOS GENERALES

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. Quemaduras en la piel por bisturí eléctrico. Colección de líquido en la herida. Alteración de la anatomía de la mama. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuente y graves

Reproducción de la enfermedad. Sangrado importante. Necrosis de la piel y de la zona de la areola-pezones.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. En función de dichos resultados podría indicarse de nuevo una segunda cirugía.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos anteriormente citados, por las enfermedades que padezco pueden presentarse otras complicaciones y no dudo que si ocurriera alguna complicación todos los medios de este hospital están dispuestos para solucionarla. (Explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....
.....

ALTERNATIVAS

Me han explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como mastectomía simple o radical, tratamiento quimioterápico, radioterápico, hormonoterápico con sus respectivas complicaciones, si bien la intervención planteada se considera la mejor opción en mi caso.

Apellidos y nombre de la **paciente**

DNI de la **paciente**

Apellidos y nombre del **representante legal** de la paciente*

DNI del **representante legal** de la paciente*

AUTORIZACIÓN

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

Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

He recibido una copia de este documento.

Apellidos del **médico** que informa

Nombre del **médico** que informa

Nº de colegiado

Fdo: El/la **médico** que informa

Fdo: La **paciente**

Fdo: El/la **representante legal** (*)

* En el caso de que la paciente sea menor de edad
o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar

REVOCACIÓN (denegación del consentimiento otorgado)

Firma y DNI de la **paciente o su representante***

* En el caso de que la paciente sea menor de edad
o incapaz de dar el consentimiento