



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
CIRUJANOS DE LA MAMA

N.º Historia Clínica

Nombre _____

1.º Apellido _____

2.º Apellido _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SUSTITUCION DE UN EXPANSOR TISULAR POR UNA PROTESIS PARA LA RECONSTRUCCION DE LA MAMA

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:
.....

FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN: Mediante este procedimiento y como parte integral del tratamiento de mi cáncer de mama se pretende la SUSTITUCION DEL EXPANSOR TISULAR TEMPORAL POR UNA PROTESIS MAMARIA DEFINITIVA . La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos preservando en todo momento el anonimato de mi identidad. Durante la intervención un médico residente podrá actuar como ayudante o cirujano estando permanentemente supervisado por un cirujano con experiencia.

NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN: El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

La operación consiste en la colocación de la prótesis dentro de la cavidad creada por el expansor. La intervención, independientemente de la perfecta ejecución, conlleva una cicatriz residual y una posible asimetría mamaria. Conozco que para conseguir la simetría mamaria podría ser necesaria una nueva intervención quirúrgica

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA INTERVENCIÓN: Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, He sido informado de las posibles complicaciones que pueden suceder y en especial de las siguientes:

Contractura de la cápsula que se forma alrededor del expansor con el consiguiente engrosamiento del tejido que rodea al mismo y la sensación molesta y dolorosa que lo acompaña. El tratamiento de la contractura capsular puede requerir cirugía, cambio del implante o retirada del mismo.

Hemorragia con sangrado que puede requerir un drenaje de la misma o, incluso, reintervención quirúrgica.

Infección de las heridas quirúrgicas y/o del expansor con posible reducción del resultado estético y que puede requerir tratamiento antibiótico o cirugía adicional.

Necrosis (muerte de la piel) cutánea y extrusión o exteriorización del expansor.

Adelgazamiento y deformación de la piel situada encima del expansor.

Simetría Mamaria no exacta a la mama contralateral.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como _____

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS: El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es la sustitución del expansor por la prótesis existiendo otras opciones como la reconstrucción con un colgajo musculocutáneo, de la espalda o del abdomen, o colgajos microquirúrgicos de perforantes.

¿Desea expresar alguna instrucción previa antes de la Intervención?

¿A quién designa como representante?

Declaraciones y firmas:

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Paciente:

D./D^a....., con D.N.I.....

- DECLARO Que he sido informado suficientemente por el Cirujano y con antelación, del procedimiento que se me va a realizar, de sus riesgos y complicaciones. Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran derivarse o producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o complicaciones de la intervención.
- Que he leído con detenimiento este escrito y su contenido es perfectamente comprensible para mí. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, me han aclarado todas las dudas planteadas y el significado de los términos médicos que recoge.
- Que estoy enterado que por el Cirujano se me prestarán todos los cuidados y medios que tenga a su alcance, sin que pueda garantizarme el éxito de la intervención.

Firma del paciente

Fecha...../...../200....

Familiar o tutor:

D./D^a..... con D.N.I.....

En calidad dehe sido informado suficientemente del procedimiento que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento.

Firma del familiar o tutor

Fecha...../...../ 200.....

Médico responsable:

Dr. D/D^a....., declaro haber informado al paciente y al familiar o tutor del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.

Firma del médico responsable

Fecha...../...../ 200.....

Revocación del consentimiento:

Paciente:

D./D^a....., con D.N.I.....

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

Firma del paciente

Fecha...../...../ 200....

Familiar o tutor:

D./D^a....., con D.N.I.....

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

Firma del familiar o tutor

Fecha...../...../ 200.....