

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-48

Tumorectomía de Mama

Rev. 03

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende la extirpación de mi lesión para su estudio anatomopatológico.

EN QUE CONSISTE LA TUMORECTOMIA DE MAMA

Mediante este procedimiento se le va a extirpar la lesión de la mama. El resultado intra o postoperatorio de la biopsia puede indicar la necesidad de ampliar la resección a los ganglios de la axila e incluso a parte o toda la mama. 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 DE LA TUMORECTOMIA DE MAMA

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:

- Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, colección de líquido en la herida, flebitis, edema transitorio del brazo, cicatrices retractiles, disminución del volumen de la mama, dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes o graves: inflamación grave de los linfáticos del brazo, recidiva de la enfermedad, sangrado importante, alteraciones locales de los nervios.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) 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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


En su caso no existe una alteración terapéutica eficaz para la extirpación de la lesión y su estudio anatomopatológico completo.

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Tumorectomía de Mama</p>	<p>FL-CDM-48</p>
		<p>Rev. 03</p>

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar a su médico tratante, quien le atenderá con mucho gusto.

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 nombre.

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 una **TUMORECTOMIA DE MAMA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **TUMORECTOMIA DE MAMA**

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **TUMORECTOMIA DE MAMA**, 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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____