



SANATORIO MODELO S.A.

25 de Mayo 559 / 61
Tel. (0381) 4301305 / 4302005
(4000) S. M. de Tucumán

Documento de Información y Consentimiento

Nombre del paciente:

Nombre del Familiares o Tercero:

Nombre del médico tratante:

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán.- También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información.- (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie).-

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico, terapéutico o intervención siguiente:

Cirugía Conservadora de mama

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles.

- 1) Debido a la situación clínica del proceso, localización y tamaño tumoral puedo ser sometida a una cirugía conservadora de mama, con unos resultados similares a los obtenidos con terapéuticas quirúrgicas mas agresivas. En mi caso se me practicará:
 - Tumorectomía (resección ampliada de la tumoración, conservando la piel por encima del tumor).
 - Resección segmentaria (resección de un segmento de tejido mamario, con la piel que lo cubre y la fascia pectoral subyacente).
 - Cuadrantectomía o mastectomía parcial (extirpación de un cuadrante de toda la mama, con la piel que lo cubre y la fascia pectoral subyacente)
 - Mastectomía subcutánea o glandulectomía (exéresis de la glándula mamaria y de los conductos galactóforos, dejando la piel, el tejido graso subcutáneo y el pezón.
 - Linfadenectomía axilar(extirpación de los ganglios linfáticos axilares)

He sido informada, y estoy de acuerdo, de que generalmente es necesario realizar un tratamiento complementario con radioterapia sobre la mama restante.

- 2) La cirugía conservadora de mama precisa anestesia general, que será valorada previamente a la intervención por el Servicio de Anestesia.
- 3) Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico.
- 4) Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- 5) Las complicaciones de la intervención quirúrgica pueden ser:
- 6) Hemorragias intraoperatorias (sobre todo si se realiza limpieza axilar, pudiendo ser necesario la realización de transfusión intrao postoperatoria". En casos muy raros pueden producirse



SANATORIO MODELO S.A.

25 de Mayo 559 / 61
Tel. (0381) 4301305 / 4302005
(4000) S. M. de Tucumán

Documento de Información y Consentimiento

“lesiones mayores de la vena axilar” siendo necesario realizar trasplantes venosos a cargo de un cirujano vascular.

- 7) Hematomas postoperatorios (consiste en la acumulación de sangre en el lecho quirúrgico, que, a veces, requiere un drenaje quirúrgico).
- 8) Seromas postoperatorios (acumulación de líquido seroso generalmente en polo inferior de axila)
- 9) Infecciones postoperatorias (que a veces requieren drenaje y tratamiento antibiótico)
- 10) Edema de brazo (es la complicación frecuente. Consiste en la formación de un linfedema en la extremidad superior, debido, sobre todo, a la interrupción del drenaje linfático, por la exéresis de los vasos y ganglios linfáticos axilares).
- 11) Contracturas cicatriciales.
- 12) Limitación de la movilidad del hombro.
- 13) Dolor en cara interna del brazo (por trauma quirúrgico del plexo braquial)
- 14)
- 15) Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.
- 16) El tratamiento quirúrgico conservador lleva implícito un mayor riesgo de recidivas o recaídas locales motivo por el cual puede ser necesario una nueva cirugía sobre la mama

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes:

.....
.....

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.-

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.-

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha: [Haga clic aquí y escriba la fecha]

Firma del paciente:

Negativa a recibir información: Firma:

Firma del Padre, Madre o Tutor:

Negativa a recibir información: Firma: