



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:

Mastectomía

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. En la actualidad existen fundamentalmente cuatro medidas terapéuticas utilizadas en cáncer de mama: Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia y Hormonoterapia. En mi caso se me practicará una mastectomía radical modificada.
2. La mastectomía radical precisa anestesia general, que será valorada previamente a la intervención con el servicio de Anestesia.
3. La intervención consiste en la extirpación total de la glándula mamaria, areola y pezón, la piel que la recubre y la fascia pectoral subyacente, así como la extirpación de los ganglios linfáticos axilares.
4. Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico.
5. Toda intervención quirúrgica, tanto por la 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.
6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica pueden ser:
 - a) Hemorragias intra operatorias (sobre todo si se realiza limpieza axilar, pudiendo ser necesaria la realización de transfusión "intra o postoperatoria". En casos muy raros pueden producirse "lesiones mayores de la vena axilar" siendo necesario realizar trasplantes venosos a cargo de un cirujano vascular.,
 - b) Hematomas postoperatorios (consiste en la acumulación de sangre en el lecho quirúrgico que, a veces, requiere un drenaje quirúrgico).
 - c) Seromas postoperatorios (acumulación de líquido seroso generalmente en polo inferior de axila, que en algún caso requiere punción-aspiración para vaciado).
 - d) Infecciones posoperatorias (que a veces requieren drenaje y tratamiento antibiótico)
 - e) Edema de brazo(es la complicación más 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.



SANATORIO MODELO S.A.

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

Documento de Información y Consentimiento

- f) Contracturas cicatriciales
 - g) Limitación de la movilidad del hombro.
 - h) Dolor en cara interna del brazo (por trauma quirúrgico del plexo braquial)
7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

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: