

## LOCALIZACION PREQUIRURGICA DE LESIONES MAMARIAS

### DATOS DEL PACIENTE, O FAMILIAR (REPRESENTANTE LEGAL) SI PROCEDE

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ RELACION/PARENTEZCO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

Como paciente o representante legal del mismo **DECLARO** que:

El Dr./Dra. \_\_\_\_\_  
N.º Colegiado: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ me ha  
explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la **localización prequirúrgica de una  
lesión mamaria mediante aguja localizadora (arpón)**.

La exploración que se le va a realizar sirve para localizar una lesión en la mama y así asegurar  
que le cirujano tome muestra (biopsia) de la lesión durante la cirugía.

El marcaje consiste en introducir una aguja (arpón) a través de la piel hasta el sitio de la  
lesión, utilizando el equipo de ecografía o mamografía. El procedimiento se realiza con anestesia  
local. Es muy importante su colaboración ya que debe permanecer durante el tiempo de la  
exploración en la misma posición y con la mama comprimida (en caso de utilizar el mamógrafo),  
para evitar desplazamientos y errores en el marcaje.

Las complicaciones son infrecuentes, y generalmente leves, aunque podemos encontrar las  
siguientes:

- Sangrado.
- Dolor local, generalmente de escasa intensidad, ya que se utilizan anestésicos locales.
- Reacciones de hipersensibilidad a anestésicos locales. Si tiene historia de alergia a anestésicos locales u otros fármacos, comuníquelo a su médico o al radiólogo que le va a realizar la prueba.
- Crisis vagal, que a veces puede ser grave y requerir tratamiento.
- Error en la localización de la lesión. Es poco frecuente, pero a veces es necesario colocar dos arpones o ampliar la zona quirúrgica.

Si después de leer detenidamente este informe tiene alguna duda o desea alguna aclaración,  
consulte al radiólogo que le va a realizar la prueba. Si piensa que está debidamente informado  
con respecto a esta prueba y está de acuerdo con que se le practique, por favor, rellene los  
siguientes datos:



# CONSENTIMIENTO INFORMADO



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el medico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. 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 satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos de la prueba.

Y en tales condiciones (tache lo que corresponda) SI  NO  doy mi consentimiento para que se me realice una **localización prequirúrgica de una lesión mamaria mediante aguja localizadora (arpón)**

Fdo. El/La médico

Fdo. El paciente

Fdo. El representante legal o familiar

En Puente Genil, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_.

