

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ESCISIÓN MAMA LOCAL

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ESCISIÓN MAMA LOCAL
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para esta intervención eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:
<p>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE</p> <p>Mediante este procedimiento, se va a quitar la lesión de la mama. A veces, si es necesario, también se quitan los ganglios de la axila y/o la mama o una parte de ella.</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA:</p> <p>Para hacer esta intervención tendremos que hacer una incisión en la mama, y a través de ella se quitará la lesión. A veces se necesita que colaboren los radiólogos para localizar lesiones no palpables, y estos mediante métodos radiológicos localizan la lesión y colocan un alambre de material quirúrgico (arpón), para marcar el punto exacto en el que se encuentra. El cirujano quitará la lesión guiándose por este alambre o arpón. Después se realizarán radiografías para comprobar que se le ha quitado toda la lesión. A veces, durante la intervención se producen hallazgos imprevistos y tendremos que modificar la intervención sobre la marcha para adaptarnos a lo que encontremos. A veces el análisis durante o tras la operación nos muestra que hay que quitar también los ganglios de la axila y/o la mama o una parte de ella.</p> <p>El procedimiento requiere anestesia local o general, según el caso, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. Para todo ello se le ofrecerá información adecuada y solicitará su autorización.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</p> <p>Al quitar parte de la mama, es posible que se altere la anatomía de la zona y note ligeras molestias en la misma.</p>	
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</p> <p>Quitar la lesión de la mama eliminará los síntomas locales que esta produce. En algunos casos evitará la extensión de la enfermedad, impidiendo que progrese y afecte a otros órganos. Además, hará más fácil el análisis de la lesión por el patólogo.</p>	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ESCISIÓN MAMA LOCAL

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: En su caso particular se considera que esta es la alternativa más eficaz porque se precisa extirpar completamente la lesión y establecer un diagnóstico exacto y no es posible localizar la lesión por otros medios. En algunos centros es posible realizar una punción-biopsia guiada por ecografía, denominada biopsia con aguja gruesa, que aporta diagnóstico, pero no extirpa la lesión completa. En caso confirmado de malignidad, y si no acepta la extirpación quirúrgica, en algunos casos se pueden valorar tratamientos paliativos con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de estas. En el caso de que sea candidata a la biopsia selectiva del ganglio centinela, esta alternativa es posible, en centros acreditados. En su caso:	
QUÉ RIESGOS TIENE Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse fallecimiento. <ul style="list-style-type: none">• LOS MÁS FRECUENTES: Suelen ser poco graves:<ul style="list-style-type: none">- Infección o sangrado o alteraciones de la herida de la operación (colección líquida, herida retráctil y otras).- Inflamación de las venas donde se ponen los sueros (flebitis).- Hinchazón (edema) transitoria del brazo.- Alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida.- Dolor prolongado en la zona de la operación.• LOS MÁS GRAVES<ul style="list-style-type: none">-	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ESCISIÓN MAMA LOCAL

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
<ul style="list-style-type: none">• LOS DERIVADOS DE SU ESTADO DE SALUD:	
SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.	
OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):	
CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: - A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la mismo no contempladas inicialmente. - A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento. - También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da autorización. Su identidad será preservada de forma confidencial.	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ESCISIÓN MAMA LOCAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
1.2	IMÁGENES EXPLICATIVAS
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ESCISIÓN MAMA LOCAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CLÍNICA
PAREJO & CAÑERO
HOSPITAL DE DÍA**

CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
--	------------------------------------

2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1	DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
	APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
ESCISIÓN MAMA LOCAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
--	------------------------------------

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña., manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SÍ NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ NO

NOTA: Márquese con una cruz.

Ena.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

