

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MARCACIÓN MAMARIA

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- Procedimiento diagnóstico, guiado por ecografía o mamografía, la que tiene por objeto la localización de la lesión existente en la mama mediante métodos radiológicos.

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- El procedimiento consiste en marcar la lesión mamaria con un pequeño arpón en el servicio de rayos, para posteriormente extirparla en el quirófano y comprobar mediante mamografía que la resección ha sido completa.
- Este se lleva a cabo con una aguja que debe ser introducida, previa anestesia local de la zona, orientada bajo visión de ultrasonido o mamografía, a través de la piel y el tejido glandular de la mama y poder así marcar la lesión.
- Una vez alcanzada la lesión a resecar, lo que se confirma con las imágenes, se retira aguja guía y se deja la aguja de marcación en posición.
- La mayoría de las veces se enviará desde pabellón la muestra de mama reseca para una mamografía de pieza operatoria que confirma que se ha reseca la lesión o si es necesario extraer más tejido mamario.
- El diagnóstico definitivo es realizado por el médico anatomopatólogo.
- El tiempo estimado del procedimiento es de 30 minutos, variando según cada caso.
- El radiólogo le dejará con instrucciones pertinentes, y no es necesaria una preparación especial para el procedimiento, pero si es importante suspender por 1 semana antes y una semana después de la marcación medicamentos anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, lo que debe realizarse en conocimiento de su médico tratante considerando el riesgo vs beneficio involucrado. Debieran suspenderse: - Aspirina en todas sus formas, - Neosintrom u otros anticoagulantes.

### RIESGO GENERALES Y ESPECÍFICO

- Condiciones del enfermo: 1. Edad 2. Alergia a drogas 3. Patologías coexistentes (hipertensión arterial, cardiopatías, insuficiencia respiratoria previa, trastorno de la coagulación, etc.) 4. Severidad de la enfermedad que determine procedimiento 5. Condiciones generales del paciente.
- En el procedimiento mismo y debido a la necesidad de introducir un instrumento filo-cortante y entre las que se encuentran las siguientes complicaciones agudas: 1. Dolor, a pesar de una correcta administración del anestésico local 2. Sangramiento venoso, que se controla fácilmente con compresión local 3. Sangramiento arterial, más copioso y difícil de controlar, quedando hematomas más grandes 4. Reacción vasovagal, con bradicardia e hipotensión arterial, manifestada con sudoración, mareos y sensación de pérdida de la conciencia. Esta complicación habitualmente cede espontáneamente en pocos minutos, pero existe el riesgo, aunque rarísimo, de caer en paro cardíaco, que requerirá medidas de resucitación cardiopulmonar.
- Si antes de firmar la autorización informada desea más información, no dude en pedirla al equipo médico.

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Doy mi conformidad para que las imágenes radiológicas que se tomen en el curso de la exploración, puedan examinarse, conservarse o manejarse del modo que se crea más conveniente para un adecuado diagnóstico.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....	Sr(a) .....
RUT .....	RUT .....
Firma .....	Firma .....

### NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....

### REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente .....
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....