

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE MAMOPLASTÍA DE AUMENTO

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

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

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende aumentar el tamaño de la mama por alguna de las siguientes indicaciones: 1. Mejorar contorno corporal de la mujer. 2. Equilibrar el tamaño de las mamas. 3. Para corregir la pérdida en el volumen mamario después del embarazo.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que la forma y tamaño de las mamas previo a la cirugía puede influir tanto en el tratamiento recomendado como en el resultado final. Si las mamas no tienen el mismo tamaño o forma antes de la cirugía, es poco probable que sean completamente simétricas después.
- Se me ha explicado que la mamoplastía es un procedimiento quirúrgico, que está destinado a aumentar el tamaño de la mama.
- El aumento mamario se consigue implantando una prótesis ya sea detrás del tejido mamario o debajo de los músculos pectorales
- Existen varios tipos de implantes, como rellenos con gel de silicona, rellenos con suero fisiológico, etc., su cirujano le explicará las ventajas de cada uno y el más conveniente para cada caso individual.
- Las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten lo menos notorias posibles, habitualmente por debajo de la mama, alrededor de la areola o en la axila.
- El método de implantación y la posición de la prótesis dependerá de sus preferencias, su anatomía y la recomendación del cirujano.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.
- Se recomienda en mayores de 35 años, realizarse una mamografía pre-operatoria, para asegurar estar interviniendo una mama sana.
- La enfermedad mamaria puede aparecer independientemente de la cirugía de aumento mamario.
- Dependiendo de la técnica utilizada, no habría contraindicaciones en embarazos y lactancia.
- Las actividades y ocupaciones que implique un riesgo de traumatismo mamario, potencialmente podrían romper o dañar los implantes mamarios.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento, como: 1. Hemorragia. 2. Infección. 3. Cambios en la sensibilidad cutánea del pezón y la piel. 4. Contractura capsular. 5. Cicatrices cutáneas. 6. Los implantes mamarios pueden fallar, como romperse o tener escapes de su contenido. 7. Extrusión del implante por falta de adecuada cobertura tisular o infección que puede dar como resultado la exposición y extrusión. 8. Arrugas y pliegues en la piel, es normal y de esperar que haya una arruga, que puede ser más pronunciada en pacientes con implantes de suero o con tejido mamario delgado. 9. Calcificación, que son depósitos de calcio en el tejido que rodea la prótesis, que puede causar dolor aumento de la consistencia y ser visibles a la mamografía. 10. Dolor. 11. Retraso en la cicatrización. 12. Asimetría. 13. Reacciones alérgicas. 14. Resultado Insatisfactorio.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

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.
- 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:.....