

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN

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 reducir 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. Como solución a problemas ortostáticos derivados del peso de sus mamas.

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 mamoplastia es un procedimiento quirúrgico, que está destinado a reducir el tamaño de la mama. En pacientes seleccionados se realiza liposucción para reducir el tamaño de las mamas.
- 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 reducción mamaria
- Dependiendo de la técnica utilizada, no habría contraindicaciones en embarazos y lactancia.

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. Cicatrices cutáneas. 5. Dolor. 6. Firmeza por cicatrices internas o necrosis grasa. 7. Retraso en la cicatrización. 8. Asimetría. 9. Reacciones alérgicas. 10. 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).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 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:.....