

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE MASTOPEXIA

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 elevar las mamas ptósicas o caídas por alguna de las siguientes indicaciones: 1. Mejorar contorno corporal de la mujer. 2. Corregir la pérdida en el volumen mamario después del embarazo. 3. Equilibrar el tamaño de las mamas. 4. Como técnica reconstructiva en determinadas circunstancias.

### 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 intervención consiste en restaurar el relleno de la mama mediante reubicación de los tejidos mamaros que han caído y acomodar el exceso de piel mediante una plastia de elevación del complejo areola-pezones.
- Las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten lo menos notorias posibles, habitualmente por debajo de la mama a alrededor de la areola.
- Cabe la posibilidad que durante la biopsia ecoquirúrgica de mama haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- 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.

### 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. 4. Cicatrices cutáneas. 5. Dolor. 6. Firmeza por cicatrices internas o necrosis grasa. 7. Retraso en la cicatrización. 8. Asimetría. 9. Reacciones alérgicas.
- 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 .....