

**Documento de Consentimiento Informado**  
**“TUMORECTOMÍA DE MAMA”**

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

La tumorectomía de mama consiste en extirpar la lesión por completo y según su naturaleza parte del tejido sano que lo rodea como margen de seguridad.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- **Tipo de procedimiento:** Quirúrgico.
- **Vía de abordaje quirúrgico:** El acceso se realiza mediante una incisión en la mama. A través de ella se extirpará la totalidad de la lesión que usted presenta.

El resultado del análisis anatomopatológico intra o postoperatorio puede indicar la necesidad de ampliar la resección a los ganglios de la axila y/o parte o toda la mama.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, y así proporcionarle el tratamiento más adecuado a su caso.

Esta intervención precisa anestesia. El Servicio de Anestesia valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

**En mi caso el tipo de cirugía que se efectuará será:** .....

.....

**CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA**

Al extirpar parte de la mama, es posible que se altere la anatomía de la zona, con la consiguiente afectación estética y de la percepción de su imagen corporal. Ello, a veces, ocasiona ciertos trastornos de adaptación que requieren de atención especializada.

**RIESGOS GENERALES**

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.

**Los más frecuentes**

Suelen ser poco graves. Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica, colección de líquido en la herida, edema transitorio del brazo, alteraciones de la sensibilidad alrededor de la herida, dolor prolongado en la zona de la operación.

**Los más graves**

Reproducción de la enfermedad, sangrado importante, dificultad para la movilidad del hombro y brazo por lesión de nervios de la zona.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y muy excepcionalmente puede producirse la muerte.

**RIESGOS PERSONALIZADOS** (explicar los riesgos según las características de la paciente):

.....  
.....

**ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. En función de dichos resultados podría indicarse de nuevo una segunda cirugía.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. 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 su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**ALTERNATIVAS**

Me han explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas como seguimiento de la lesión, con el consiguiente riesgo en caso de retraso diagnóstico.

Apellidos y nombre de la **paciente** .....

.....

DNI de la **paciente** .....

Apellidos y nombre del **representante legal** de la paciente\* .....

.....

DNI del **representante legal** de la paciente\* .....

**AUTORIZACIÓN**

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

He recibido una copia de este documento.

Apellidos del **médico** que informa .....

Nombre del **médico** que informa .....

Nº de colegiado .....

Fdo: El/la **médico** que informa

Fdo: La **paciente**

Fdo: El/la **representante legal** (\*)

\* En el caso de que la paciente sea menor de edad  
o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar .....

**REVOCACIÓN (denegación del consentimiento otorgado)**

Firma y DNI de la **paciente o su representante\***

\* En el caso de que la paciente sea menor de edad  
o incapaz de dar el consentimiento