

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUNCIÓN BIOPSIA DE MAMA

Ciudad y Fecha:,/...../20....

Yo..... habiéndome explicado en términos claros y sencillos que se me ha detectado una lesión por mamografía/ecografía cuya naturaleza exacta no es posible precisar con las técnicas de imagen, requiriéndose complementar su estudio a través de la anatomía patológica de la lesión

EL procedimiento a efectuarme es conocido como punción biopsia de mama, siendo que en mi caso particular, será practicado en la mama

1-Se me ha explicado que la punción biopsia de mama es un procedimiento que consiste en introducir en varias oportunidades una aguja, especialmente diseñada para tal fin, en la zona de la lesión, la cual es guiada por una técnica de imagen, generalmente ecografía, para conseguir la mayor precisión posible al momento de efectuar la punción.

2-Asimismo, se me ha informado y he comprendido que podría ocurrir que, a pesar de existir una lesión maligna, esta pueda no ser detectada con la punción, o bien que el material extraído no fuera concluyente para el diagnóstico, necesitándose repetir el procedimiento o realizar una cirugía, lo cual quedará a exclusivo criterio de mi médico tratante.

3- El objetivo de la punción es obtener muestras de la lesión evidenciada en los estudios de imágenes para su estudio histológico a fin de arribar al diagnóstico de la misma.

4-Se me ha informado y he comprendido que, la alternativa al procedimiento, sería la obtención de las muestras mediante intervención quirúrgica, pero que es aconsejable efectuar la punción biopsia de la lesión antes que la cirugía.

5- Hago saber que he podido efectuar todas las preguntas inherentes al tema que consideré pertinentes, las cuales me han sido contestadas en forma satisfactoria.

6- Se me ha explicado y he comprendido que, al igual que cualquier otro procedimiento, el propuesto no se encuentra exento de complicaciones, las cuales pueden estar relacionadas al mismo o bien a la situación vital del paciente (DBT, HTA, etc.). Además, se me ha informado que existen una serie de complicaciones las cuales me han sido especialmente mencionadas, a saber: sangrado, dolor en la zona de la punción, mareos, infección localizada en la zona de punción o neumotórax.

7- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta, y a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente el resultado deseado del procedimiento, no se me ha garantizado la obtención del mismo.

8-Autorizo a ser fotografiada y/o filmada antes, durante y después del procedimiento, siendo este material propiedad del médico, el cual podrá ser publicado o expuesto con fines científicos o educativo, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

8. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento efectuado, cumpliendo con todas las indicaciones dadas hasta que se me otorgue el alta definitiva, al igual que respetar las pautas de alarma brindadas por el profesional mencionado en el caso que se altere la evolución normal posterior al procedimiento

9- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente.

10. Manifiesto ser alérgica:

11. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido en su totalidad, por lo que autorizo al Dr a realizarme el procedimiento referido.

Firma del Paciente:

Aclaración:.....

Documento:.....

Firma del Profesional:.....

Sello:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente documento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Firma:

Aclaración:

Documento:.....

Vínculo con el menor o incapaz: