

CONSENTIMIENTO PARA MAMOPLASTÍA DE ELEVACIÓN (MASTOPEXIA)

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

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos del mismo, como así también las características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a.....**....., y a su equipo, a realizar un procedimiento quirúrgico conocido como **MASTOPEXIA**, que se realizará en.....

2. La MASTOPEXIA o mamoplastía de elevación es una intervención quirúrgica electiva destinada a elevar las mamas ptósicas o caídas, por los siguientes motivos:
 - 2.1 para mejorar el contorno corporal de la mujer, la cual presenta una mama ptósica o caída.
 - 2.2 para corregir una pérdida en el volumen mamario después de un embarazo.
 - 2.3 Para equilibrar el tamaño y forma de las mamas, cuando existe una diferencia significativa entre ellas.
 - 2.4 Como técnica reconstructiva en determinadas situaciones.
3. La forma y el tamaño de las mamas previas a la cirugía pueden 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.
4. La intervención consiste en restaurar el relleno de la mama mediante la resituación de los tejidos mamaros que han caído y acomodar el exceso de piel mediante una plastia de elevación del complejo areola-pezones. Las incisiones para conseguir la elevación de la mama y proceder a la reducción de tejido mamario sobrante, se realiza de forma que las cicatrices resulten poco visibles y queden disimuladas, habitualmente por debajo de la mama en sentido vertical, alrededor de la areola y ocasionalmente en el surco de debajo de la mama.
5. La intervención enunciada en el punto 1º me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 5.1 En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
 - 5.2 Las pacientes fumadoras presentan un mayor riesgo de pérdida de piel o de complicaciones de la cicatrización.
 - 5.3 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de todo procedimiento invasivo, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:
 - 5.3.1 **Frecuentes:** Infección, sangrado, seroma, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica), cambios transitorios en la sensibilidad del pezón y la piel de la mama.
 - 5.3.2 **Menos frecuentes:** Pobre resultado estético, alteraciones o imposibilidad para la lactancia, asimetrías, excesiva firmeza de la mama, necrosis grasa o de la cicatriz.
 - 5.3.3 **Infrecuentes y Graves:** Pérdida de piel o tejido del pezón.
6. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo tanto, autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/ o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
7. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

- 8 Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 9 Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, que van desde no realizar tratamiento alguno, al uso de prendas interiores para elevar las mamas caídas.
- 10 Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.-
- 11 Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular -
- 12 Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:
- 13 Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 14 Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 15 He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento 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.-

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: