

CONSENTIMIENTO PARA MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA.

Ciudad y fecha:/...../20_____

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de..... Luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, por la presente autorizo al **Dr. /a** y a su equipo quirúrgico, a realizar una cirugía conocida como **Mastectomía Radical Modificada**, que se realizará en

2. Se me ha informado que el cáncer de mama consiste en el crecimiento anormal y desordenado de las células de ese tejido. En algunos casos se precisa para su adecuado tratamiento la amputación del seno (incluida la piel, la areola y el pezón). Dicha intervención consiste en la extirpación de la mama afectada y de los ganglios de la axila (vaciamiento axilar), preservando el músculo pectoral mayor y menor. Este procedimiento puede seguirse de la reconstrucción de la mama, en la misma operación o con posterioridad. La cirugía requiere la confirmación histológica del tumor. Se me ha informado además, que por el tipo de patología que presento, posiblemente deba realizar luego de la cirugía, radioterapia, quimioterapia o una combinación de ambos tratamientos.

3. Soy consciente de que si bien el tratamiento propuesto tiene una finalidad curativa, ello no siempre puede lograrse, debido a la naturaleza y comportamiento del tumor, el estadio de la enfermedad, y a la presencia de micrometástasis no evidenciables al momento de la intervención quirúrgica con los métodos diagnósticos disponibles.

4. Se me han explicado los riesgos de la cirugía. 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:

4.1. La pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior, cuyos resultados me serán informados.

4.2. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

4.3. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervención quirúrgica son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido explicitadas, enunciándose a continuación a título ejemplificativo las siguientes:

4.3.1. Relativas o derivadas de la CIRUGÍA SOBRE LA MAMA: retracción y/o disminución del volumen mamario, seroma (acumulación de líquido), hemorragias (sangrado), absceso de herida (colección purulenta), hematomas, cicatrización anormal (cicatrización queloide o hipertrófica.), dehiscencias, parestesia, paresia del área cicatrizal.

4.3.2. Relativas o derivadas de la LINFADENECTOMIA: lesión de los nervios de la axila, hematoma, hemorragia, seroma y/o absceso de la herida; dehiscencia y alteraciones de la cicatrización, parestesias, edema, limitación de la movilidad y disminución de la fuerza del brazo.

5. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, 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.

6. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, 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.

7. 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.

8. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma, especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer alguna de las complicaciones propias de la patología, como ser: invasión tumoral locorregional (axila, pared torácica, músculo pectoral, etc), metástasis a distancia (hígado, pulmón, cerebro, huesos etc), pérdida de chance de curación, e incluso la muerte. Asimismo se me ha explicitado que, dado el grado de avance de mi enfermedad, no existe alternativa terapéutica a la propuesta.

9. 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.

10. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, 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 cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

11. 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:.....

12. 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.

13. 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.

14. He leído 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 concurro 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: