

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
BIOPSIA INCISIONAL Y CORE SIN ECOGRAFÍA POR CIRUJANO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Cirugía de Biopsia Incisional y Core Sin Ecografía por Cirujano, mediante este procedimiento se pretende realizar una biopsia indicada por su médico tratante, para obtener un diagnóstico histológico definitivo de la lesión mamaria que usted tiene.

Los distintos métodos de biopsia pretenden obtener pequeños fragmentos de tejido mamario que contienen la lesión a estudiar.

Puede requerirse la Biopsia incisional de la piel de la mama, cuando se sospecha el compromiso de ella por el tumor y consiste en extirpar un pequeño losanjo de la piel sospechosa bajo anestesia local. La biopsia CORE corresponde a la toma de muestras mediante punción con aguja o trocar y usando una pistola semiautomática, bajo anestesia local. Se realiza sin visión ecográfica en lesiones palpables, por el médico especialista en mama.

En las lesiones a biopsiar, el procedimiento se realiza bajo medidas de asepsia y anestesia local habituales.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como otros específicos del procedimiento las que son de ocurrencia rarísima:

Entre las complicaciones durante el procedimiento, se encuentran:

- Dolor, a pesar de los anestésicos usados
- Sangramiento venoso, que se controla por compresión local

- Sangramiento arterial que es más intenso y deja un hematoma más notorio
- Reacción vasovagal, con bradicardia (lentitud en el pulso arterial) e hipotensión (baja de presión), asociado habitualmente al dolor de la punción
- Neumotórax por punción accidental de la pared torácica con la aguja con que se efectúa la biopsia, de rarísima ocurrencia, en personas muy delgadas

Posterior al procedimiento es esperable:

- Dolor, variable en intensidad en cada paciente. Se controla con analgésicos corrientes.
- Equimosis (coloración morada en la piel) y hematoma (aumento de volumen en el sitio de la punción), variable según cada paciente
- La pequeña herida hecha en piel, por donde ingresa la aguja de biopsia, cierra y sana rápida y espontáneamente, sin requerir sutura ni cuidados especiales.

Entre las complicaciones tardías, (días después del procedimiento):

- Infección en el sitio de la punción

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente (marque con una X):

Lado derecho

Lado izquierdo

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía de Biopsia Incisional y Core Sin Ecografía Por Cirujano** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE BIOPSIA INCISIONAL Y CORE SIN ECOGRAFÍA POR CIRUJANO, por el Dr.(a) _____ . **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)