

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Descripción del procedimiento:

Las lesiones benignas de la mama que requieren cirugía corresponden a:

1. Tumores benignos, cuyos representantes más frecuentes son el fibroadenoma mamario y el tumor Fylodes benigno.
2. Mamas supernumerarias, ya sean axilares o de otra ubicación en la línea mamaria.
3. Ginecomastia, que es la presencia de glándula mamaria en los varones.

En todos estos casos la cirugía a efectuar es remover este tejido, con fines de resolver la patología y también en las dos últimas, resolver el problema estético.

1. En el caso de los tumores benignos la cirugía es una tumorectomía, es decir reseca el tumor con tejido vecino sano y luego suturar, pudiendo provocar cambios en el aspecto externo de la mama, dependiendo del tamaño del tumor y de la mama.
2. En el caso de las mamas supernumerarias, la cirugía consiste en reseca toda la mama supernumeraria, lo que consiste en hacer un losanjo y colgajos de piel superior e inferior que permitan retirar todo el tejido mamario y graso para luego suturar resolviendo el problema estético del aumento de volumen persistente, habitualmente en axila, ya sea uni o bilateral.
3. En el caso de la ginecomastia, se procede a una resección del tejido mamario con conservación del complejo areola pezón. En este caso debe dejarse venda elástica para evitar el sangrado o los seromas. Eventualmente podría dejarse un drenaje en la herida operatoria, que será retirado en los próximos días.

Características

El cirujano me ha informado que con este procedimiento será resuelta mi patología, que será estudiada histológicamente, descartando eventual malignidad. Habitualmente se realiza con anestesia general, pero a veces es suficiente con anestesia local.

Procedimiento a realizar _____

Lateralidad:

MAMA DERECHA MAMA IZQUIERDA AMBAS

Riesgos

Se me ha explicado que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables que pueden ser:

Hemorragia, seromas (colección de líquido en zona de cirugía), infección, resultados insatisfactorios como asimetría de las mamas, calidad de la cicatrización, adherencias a planos profundos, reacciones alérgicas, necrosis grasa, complicaciones que son de baja incidencia y que habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, con un mínimo riesgo de mortalidad.

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.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe tratamiento quirúrgico de **LESIONES BENIGNAS DE LA MAMA**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal