CENTRO MÉDICO BOSQUES
Ciudad del Mar

Consentimiento Informado
BIOPSIA MAMARIA
Cirugía Mayor Ambulatoria

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad:

MAMA DERECHA ☐ MAMA IZQUIERDA ☐ AMBAS MAMAS ☐

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ **RUT:** _____

Representante legal (si corresponde): _____ **RUT:** _____

Objetivos

El diagnóstico correcto de una lesión mamaria es esencial para definir el tratamiento adecuado y ello, en su caso, requiere practicar una biopsia, que consiste en la extirpación quirúrgica de toda su lesión o de parte de ella para estudio de anatomía patológica.

Dependiendo de la sospecha diagnóstica, la biopsia puede ser procesada como biopsia rápida obteniéndose un diagnóstico básico durante la misma operación, permitiendo en muchos casos continuar con la intervención efectuando la resección que sea necesaria.

En otros casos, es necesario esperar el resultado de una biopsia diferida la que puede llegar a determinar la necesidad de una nueva intervención.

Las muestras obtenidas serán enviadas sólo a los laboratorios de anatomía patológica en convenio vigente con Clínica Ciudad del Mar.

Características

Es un procedimiento quirúrgico bajo anestesia en el cual, mediante una incisión, en general pequeña, se extirpa una lesión palpable. Si se trata de una lesión detectada por mamografía pero no palpable, es necesario proceder a su localización previa mediante una aguja que se colocará en Unidad de Imagenología.

Riesgos

A pesar de la correcta realización de la técnica, existe la posibilidad de efectos no deseados y/o complicaciones locales, tales como hematomas, infección y seromas entre otros.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender 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 dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **BIOPSIA MAMARIA.**

_____	_____	_____
Firma Médico	Firma Paciente	Firma Representante Legal