

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Lateralidad:

MAMA DERECHA  MAMA IZQUIERDA  AMBAS MAMAS

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

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

Se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Durante la intervención, de acuerdo a los hallazgos, se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su examen).

El tipo de anestesia requerido para la operación será determinado por el cirujano y/o anestesta y se encuentra descrito en formulario consentimiento de Anestesia

#### 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 o hematoma local post operatorio, dolor, cicatriz defectuosa, cambios en la sensibilidad del pezón. Reacciones alérgicas seromas (coleción 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 cirugía/s adicionales/s que por sí misma/s conlleva/n riesgos, costos y/o complicaciones potenciales

Es importante que usted le advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de coagulación, medicamentos que usted consume habitualmente o cualquier otra circunstancia que pueda ser causa de complicaciones si no son conocidas.

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. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

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 tratamiento quirúrgico de **LESIONES BENIGNAS DE LA MAMA**

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal