

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: _____

Objetivo

La mastectomía total consiste en la extirpación de la glándula mamaria.

Características

La mastectomía total puede realizarse mediante una incisión en losanjo, que incluye la extirpación del complejo areola-pezones o a través de una incisión de ahorro de piel, por vía periareolar según el caso de cada paciente. Esta cirugía puede o no acompañarse de la disección del ganglio centinela y/o disección o vaciamiento axilar, dependiendo del diagnóstico preoperatorio y de los hallazgos intraoperatorios. Habitualmente requiere la instalación de un drenaje para la evacuación de los líquidos originados en la zona operatoria, el que se retirará en forma posterior generalmente en atención ambulatoria. Generalmente se utiliza entre 5 a 14 días dependiendo de las características de la paciente y sus diagnósticos asociados. Generalmente se utiliza en el post quirúrgico una faja o venda peri torácica para un mejor manejo y más fácil movilización de la paciente.

Durante la intervención, de acuerdo a los hallazgos, se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su examen). El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y/o bloqueos regionales y que es posible (excepcionalmente) que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados.

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos como: sangrado en el postoperatorio inmediato o tardío que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial de las heridas; dolor prolongado en la zona de la operación o formación de seromas después de retirado el drenaje. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir de curaciones y/o punciones repetidas en la consulta o incluso de una reintervención, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado. Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

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 procedimiento de **MASTECTOMIA TOTAL CON O SIN GANGLIO CENTINELA Y/O VACIAMIENTO AXILAR.**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal